

**Eine erziehungswissenschaftliche Perspektivierung  
systemtheoretisch orientiert  
auf die Medizin als Wissenschaft  
in Bezug auf „Verhaltensstörungen“**

Masterarbeit  
im Fach Pädagogik  
der Philosophischen Fakultät  
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von  
Annika Stender

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	3
1. Einleitung.....	4
2. Luhmanns Systemtheorie: Erkenntnistheoretische Grundlagen und Begriffsbestimmungen.....	8
2.1 Operativer Konstruktivismus.....	8
2.2 Funktionale Ausdifferenzierung des Gesellschaftssystems.....	15
2.3 Soziale Systeme.....	15
2.4 Codierung.....	17
2.5 Programmierung.....	18
3. Medizin- und Erziehungssystem als funktionale Teilsysteme der Gesellschaft.....	20
3.1 Das Medizinsystem.....	21
3.1.1 Funktion des Medizinsystems.....	22
3.1.2 Codierung des Medizinsystems.....	22
3.1.3 Programmierung des Medizinsystems.....	23
3.2 Das Erziehungssystem.....	27
3.2.1 Funktion des Erziehungssystems.....	27
3.2.2 Codierung des Erziehungssystems.....	29
3.2.3 Programmierung des Erziehungssystems.....	32
4. Zwischenfazit.....	34
5. Zur Übernahme medizinischer Perspektivierungen im erziehungswissenschaftlichen Diskurs: „Verhaltensstörungen“ als Erklärungsmodell .....	37
5.1 Das medizinische „Verhaltensstörungskonzept“ .....	38
5.2 Das medizinische „Verhaltensstörungskonzept“ in der Erziehungswissenschaft.....	41
5.2.1 Die medizinische „Symptom-Idee“ .....	41
5.2.2 Die medizinische „Symptom-Idee“ in der Erziehungswissenschaft.....	44
6. Mögliche Funktionen und Grenzen medizinischer „Verhaltensstörungskonzepte“ in pädagogischen Kontexten.....	50
7. Eine systemtheoretische Perspektivierung auf das medizinische „Verhaltensstörungskonzept“ ..	54
7.1 Die Rolle des Beobachters.....	55
7.2 Das Kind als lebendes, nichttriviales System.....	59
7.2.1 Triviale und nichttriviale Maschinen.....	59
7.2.2 Lebende, nichttriviale Maschinen.....	61
7.3 Die Bedeutung des Kontextes.....	62
8. Die „ADHS“ aus medizinischer und systemtheoretischer Sicht.....	67
8.1 „Hyperaktives, unaufmerksames“ Verhalten als Symptom einer „ADHS“.....	67
8.2 „Hyperaktives, unaufmerksames“ Verhalten als funktionale Lösung .....	68
8.2.1 Die „ADHS“ als „Wirklichkeitskonstruktion“.....	69
8.2.2 Mögliche kontextabhängige Funktionen „hyperaktiven, unaufmerksamen“ Verhaltens.	72
9. Fazit.....	76
10. Literaturverzeichnis.....	79
Erklärung.....	86

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: "Mach einen Unterschied!".....	9
Abbildung 2: Ebenen der Systembetrachtung (Luhmann 1984, S. 16).....	16
Abbildung 3: Codierung und Programmierung des Erziehungssystems (Luhmann 2002, S. 41) .....	30
Abbildung 4: Diagnostische Kriterien der ADHS (Kahl u. a. 2012, S. 4).....	40
Abbildung 5 : Die Idee der Heilung in der Medizin (in Anlehnung an Simon 1995, S. 38).....	41
Abbildung 6: Die „Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit“ (Simon 1995, S. 24).....	43
Abbildung 7: Klassifikation von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen (Myschker 2005, S. 51).....	47
Abbildung 8: TRF-Fragebogen: Beispielseite.....	48
Abbildung 9: Funktionsweise triviale und nichttriviale Maschine.....	59
Abbildung 10: Beobachtung einer „ADHS“ (in Anlehnung an Baerwolff 2003, S. 111).....	70

## 1. Einleitung

Erklärungsversuche für sogenannte schwierige<sup>1</sup> kindliche Verhaltensweisen sowie Fragen zum Umgang mit diesen sind „so alt wie die Pädagogik selbst.“<sup>2</sup> Aktuelle Schlagzeilen wie: „Schleswig Holstein: Immer mehr Kinder nicht beschulbar“<sup>3</sup> oder „Schon im Vorschulalter: Immer mehr Kinder verhaltensauffällig“<sup>4</sup>, umfangreiche Studien, wie bspw. die KIGGS Studie<sup>5</sup>, sowie zahlreiche erziehungswissenschaftliche Publikationen<sup>6</sup> geben Hinweise darauf, dass Fragestellungen rund um „das schwierige Kind“ auch gegenwärtig ihren Platz im öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs haben.

In der Erziehungswissenschaft<sup>7</sup> ist zu beobachten, dass im Kontext dieser Fragestellungen auf medizinische Perspektivierungen, wie z. B. die Übernahme der Codierung „krank“ und „gesund“ als Unterscheidungsgrundlage, zurückgegriffen wird. So werden Kindern, deren Verhaltensweisen von der vorherrschenden gesellschaftlichen Norm abweichen, „Verhaltensauffälligkeiten“ bzw. „Verhaltensstörungen“<sup>8</sup> zugeschrieben. Im

1 Im Folgenden verwende ich abkürzend, wenn nicht anders ausgezeichnet, Verhaltens- bzw. Eigenschaftszuschreibungen, wie z. B. „schwierig“, „abweichend“ oder „hyperaktiv“, im (systemtheoretischen) Sinne von „als schwierig (usw.) beobachtet“. Die jeweiligen Bezeichnungen sind nicht als „tatsächlich“ vorhandene Verhaltensweisen oder Eigenschaften zu verstehen. Gleiches gilt für den Begriff der Verhaltensstörung.

2 Vgl. Rolf Göppel, *Der Friedrich, der Friedrich... Das Bild des 'schwierigen' Kindes in der Pädagogik des 19. und 20. Jahrhunderts*, Würzburg 1989, S. 11.

3 *Immer mehr Kinder nicht 'beschulbar'*, veröff. am 09.01.13, online verfügbar unter: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/829420/schleswig-holstein-immer-kinder-nicht-beschulbar.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/829420/schleswig-holstein-immer-kinder-nicht-beschulbar.html), letzter Zugriff am 05.06.2017.

4 *Schon im Vorschulalter: Immer mehr Kinder verhaltensauffällig*, veröff. am 15.06.15, online verfügbar unter: <http://www.n-tv.de/wissen/Immer-mehr-Kinder-verhaltensauffaellig-article15300921.html>, letzter Zugriff am 05.06.2017.

5 Die KIGGS (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) des Robert Koch Instituts wurde erstmals 2003-2006 in Form einer Basiserhebung durchgeführt. Die erste Fortsetzungsstudie (KIGGS Welle 1) lief von 2009 bis 2012. KIGGS Welle 2 läuft von September 2014 bis August 2017.

Die Studie beschäftigt sich u. a. mit emotionalen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Weiterführende Informationen sind online verfügbar unter: <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html>, letzter Zugriff am 05.06.2017.

6 Ein Überblick aktueller Veröffentlichungen findet sich bei: Winfried Palmowski, *Nichts ist ohne Kontext. Systemische Pädagogik bei „Verhaltensauffälligkeiten“*, Dortmund 2015, S. 117-127.

7 Man kann zwischen Pädagogik und Erziehungswissenschaft unterscheiden. Pädagogik meint, falls sie nicht als Reflexionstheorie oder Wissenschaft gemeint ist, das Erziehungssystem als Funktionssystem der Gesellschaft (vgl. Thorsten Sühlsen, *Forschen als System. Rekursive Reflexion als Methode der Erziehungswissenschaft*, Münster 2017, S. 9, Fn. 2).

8 In der Literatur gibt es zahlreiche Diskussionen um den Begriff der „Verhaltensstörung“. Einige Autoren grenzen „Verhaltensstörungen“ von „Verhaltensauffälligkeiten“ ab (vgl. hierzu: Norbert Störmer, *Du störst! Herausfordernde Handlungsweisen und ihre Interpretationen als „Verhaltensstörung“*, Berlin 2013, S. 11-45, sowie Herbert Goetze, *Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Teil I: Grundfragen*, Potsdam 1993, S. 3-18).

Andere bevorzugen den Begriff der „Erziehungsschwierigkeit“ (vgl. hierzu: Clemens Hillenbrand, *Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen*, 4. überarb. Aufl., München 2008, S. 29-36).

Ich verwende die Begriffe „Verhaltensstörung“ und „Verhaltensauffälligkeit“ im Folgenden in Anlehnung an Myschker synonym (vgl. Norbert Myschker, *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen - Ursachen - Hilfreiche Maßnahmen*, Stuttgart 2005, S. 42).

Rahmen dieser Zuschreibungen werden „kranke“ Verhaltensweisen in Abgrenzung zu „gesunden“ Verhaltensweisen als Symptome<sup>9</sup> deklariert, welche auf eine Erkrankung im Körper oder in der Psyche des Kindes verweisen.

Die Unterscheidung in „kranke“ und „gesunde“ Verhaltensweisen findet sich im erziehungswissenschaftlichen Diskurs erstmals im 19. Jahrhundert. Ludwig Strümpell erstellte eine „Symptom-Sammlung“ sogenannter Kinderfehler, welche über 300 „kranke“ Verhaltensweisen umfasste.<sup>10</sup> Diese galt es, so Strümpell, in Analogie zur medizinischen Vorgehensweise bei körperlichen Erkrankungen zu diagnostizieren und durch erzieherische Maßnahmen zu beseitigen.<sup>11</sup> Der Begriff der „Verhaltensstörung“ existierte zu Strümpells Zeiten noch nicht. Er bildet sich im Jahr 1950 auf dem 1. Weltkongress der Psychiatrie aus, wo er als Oberbegriff für alle „Abwegigkeiten der Handlungen und Haltungen von den einfachsten 'Ungezogenheiten', dem Ungehorsam, dem Jähzorn, den Tics, den Eß- und Schlafstörungen bis zu den schwersten Formen der Verwahrlosung und Kriminalität“<sup>12</sup> eingeführt wurde. Der psychiatrische Ursprung des Begriffs schlägt sich bis heute darin nieder, dass detaillierte Klassifizierungen von „Verhaltensstörungen“ im aktuellen ICD zu finden sind.<sup>13</sup>

In der Erziehungswissenschaft wird der genuin medizinische „Verhaltensstörungsbe-  
griff“ erstmals 1956 von Graefe in den Diskurs gebracht.<sup>14</sup> Er löste dort Bezeichnungen wie „verwahrlost, verwildert, erziehungsschwierig, erziehungshilfebedürftig oder ge-

---

9 Bei dem „Symptombegriff“ handelt es sich um einen medizinischen Begriff. So heißt es im Historischen Wörterbuch der Philosophie: „Das Deutsche Wort Symptom[a] ist seit 1570 belegt, aber erst ab Anfang des 18. Jhd. geläufig, zunächst nur im medizinischen Sinne. [...] Aus der Medizin wurde S. [ymptom] samt Ableitungen auf Philosophie, Politik u.ä. Übertragen.“ (O. R. Scholz, Symptom, in: Joachim Ritter; Karlfried Gründer; Gottfried Gabriel (Hg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, völlig neubearb. Ausgabe des 'Wörterbuchs der Philosophischen Begriffe' von Rudolf Eisler, Band 10, Basel 1980, Sp. 762).

10 Strümpell bringt den medizinischen Begriff des Symptoms erstmals in den pädagogischen Diskurs (vgl. Rolf Göppel, Von der 'sittlichen Verwilderung' zu 'Verhaltensstörungen'. Zur Begriffs- und Ideengeschichte der pädagogischen Reflexion über 'schwierige Kinder', in: Bernd Ahrbeck; Marc Willmann (Hg.), *Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Ein Handbuch*, Stuttgart 2010, S. 11-20 (hier: S. 19f.).

11 Vgl. Göppel 1989, S. 119f.

12 Eckart Wiesenhütter, Erscheinungswesen und Ursachen der Verhaltensstörungen, in: Heinz-Rolf Lückert (Hg.), *Handbuch der Erziehungsberatung*, Band.1, München 1964, S. 138-169 (hier: S. 138).

13 Vgl. ICD-10-GM-2017, Kapitel V, Kode-Bereich F50-F69 und F99 sowie insbes. für Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen F90-98, online verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html>, letzter Zugriff am 07.06.2017.

Die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) liegt derzeit in der 10. Auflage vor. Sie wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die ICD 11 soll voraussichtlich im März 2018 erscheinen.

14 Vgl. Elisabeth E. Schwarz, „Paul ist verhaltensauffällig!“ Lehrerbildung, Verhaltensauffälligkeit und Konstruktivismus, in: *System Schule. Systemische Pädagogik in der Schulpraxis*, 8 (2004), Heft 2, S. 36-41, (hier: S. 36).

meinschaftsschwierig“ ab.<sup>15</sup> In den 70er Jahren avancierte er zur begrifflichen Grundlage der „Verhaltensgestörtenpädagogik“.<sup>16</sup> Bis heute setzt sich der Begriff der „Verhaltensstörung“ im erziehungswissenschaftlichen Diskurs gegen Alternativbezeichnungen, wie z. B. „Entwicklungsstörung“ oder „Integrationsbehinderung“, durch.<sup>17</sup>

Krawitz macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass die Verwendung medizinischer Begriffe und die damit verbundene medizinische Perspektivierung möglicherweise problematisch für die Erziehungswissenschaft sein könnte. Er spricht davon, „dass die Pädagogik [...] therapeutisch rationalisiert und damit technologisch reduziert [werde].“<sup>18</sup> Auch Möckel weist auf mögliche Gefahren der Übernahme eines „rein medizinischen Paradigmas“ in der (Heil)Pädagogik hin. Er kritisiert, dass der Rückgriff auf medizinische Begriffe und Konzepte darin begründet sei, dass sich die Allgemeine Pädagogik nicht hinreichend bemüht habe, eigene Konzepte im Hinblick auf „schwieriges“ kindliches Verhalten zu entwickeln. Er fordert einen „Wandel zu einer pädagogischen und differenzierten Sichtweise“.<sup>19</sup> Diese sei zwar im Gange, aber die theoretischen und praktischen Aufgaben seien noch nicht gelöst.

Aktuelle erziehungswissenschaftliche Publikationstitel<sup>20</sup> sowie (heil)pädagogische Grundlagenwerke, wie z. B. Myschkers *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*, in welchem eine zweiseitige alphabetische „Symptomliste“ zu finden ist<sup>21</sup>, lassen den vorsichtigen Schluss zu, dass die von Krawitz und Möckel formulierte Problematik bisher noch keine hinreichende Beachtung in der Erziehungswissenschaft erhalten hat. Im Folgenden soll daher untersucht werden, inwieweit der medizinische Code „krank/gesund“ für die Beobachtung kindlicher Verhaltensweisen in der Erziehungswissenschaft fruchtbar gemacht werden kann. Die Untersuchung erfolgt in zwei Schritten. Zunächst werde ich aufzeigen, welche Aufgabe einem Code innerhalb eines Systems zu-

---

15 Vgl. Hillenbrand 2008, S. 29.

16 Die „Verhaltensgestörtenpädagogik“ wird auch als „Pädagogik bei Verhaltensstörungen“ oder „Pädagogik bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen im emotionalen und sozialen Verhalten“ bezeichnet (vgl. Palmowski 2015, S. 7).

17 Myschker 2005, S. 41f.

18 Rudi Krawitz, *Pädagogik statt Therapie. Vom Sinn individualpädagogischen Sehens, Denkens und Handelns*, Habilitationsschrift, Universität Mainz 1992, S. 5.

19 Vgl. Andreas Möckel, Heilpädagogik, in: Wilhelm Brinkmann (Hg.), *Differenzielle Pädagogik. Eine Einführung*, Donauwörth 2001, S. 110-133 (hier: S. 128).

20 So findet sich der Begriff des Symptoms bspw. in folgenden erziehungswissenschaftlichen Publikationstiteln: Dirk Menzel; Werner Wiater, *Verhaltensauffällige Schüler: Symptome, Ursachen und Handlungsmöglichkeiten*, Bad Heilbrunn 2009 sowie Klaus Utz, Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern: Symptome, Hinweise, Hilfe, in: *Kindergarten heute*, 95 (1998), Spezialheft und Evelyn Heineemann; Hans Hopf, *AD(H)S: Symptome - Psychodynamik - Fallbeispiele*, Stuttgart 2006.

21 Vgl. Myschker 2005, S. 47-49.

teilwird. Hierfür werde ich mit Hilfe der Luhmannschen Systemtheorie das Medizin<sup>22</sup>- und das Erziehungssystem im Hinblick auf ihre Funktionen, Codierungen und Programme ausleuchten. Luhmann postuliert im Rahmen seiner Theorie der sozialen Systeme, dass es sich bei dem Medizin- und Erziehungssystem um zwei autopoietische, autonome Teilsysteme der Gesellschaft handelt. Beide erfüllen als solche unterschiedliche Funktionen. Auf Grundlage dieser Funktion werden systemspezifische Codes und Programme ausgebildet. Wenn ein Teilsystem, z. B. das Erziehungssystem, auf die Codierung eines anderen Teilsystems, z. B. den medizinischen Code „krank/gesund“ zurückgreift, so hat dies möglicherweise Konsequenzen. Luhmanns Beobachtungstheorie befähigt dazu, diese möglichen Konsequenzen auf Grundlage der Beobachtung zweiter Ordnung auszuleuchten.<sup>23</sup>

Im zweiten Schritt der Untersuchung werde ich mich von der Luhmannschen Gesellschaftstheorie lösen. Der Fokus wird darauf liegen, inwieweit sich die Erziehungswissenschaft im Einzelnen medizinischer „Verhaltensstörungskonzepte“ bedient. Im Anschluss werde ich erörtern, welche Funktionen diese medizinischen Perspektivierung ggf. für das Erziehungssystem haben kann, um im Folgenden auf mögliche Grenzen einer medizinischen Codierung in pädagogischen Kontexten hinzuweisen. Daran anknüpfend werde ich, in Ergänzung zum medizinischen „Verhaltensstörungskonzept“, einen systemtheoretischen Blick auf „abweichende“ Verhaltensweisen im Allgemeinen und auf die „ADHS“<sup>24</sup> im Speziellen werfen.

---

22 Im Folgenden verwende ich in Anlehnung an Luhmann statt des Begriffs des Gesundheitssystems den des Medizinsystems (vgl. Niklas Luhmann, Der medizinische Code, in: ders., *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*, 2. Aufl., Opladen 1990, S. 183-195 (hier: S. 183)).

23 Die Beobachtung zweiter Ordnung meint in Abgrenzung zur Beobachtung erster Ordnung die Beobachtung eines Beobachters (hier: beider Teilsysteme) bei der Beobachtung (vgl. Claudio Baraldi; Giancarlo Corsi; Elena Esposito, *GLU: Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*, Frankfurt a. M. 1997, S. 100f.).

24 „ADHS“ steht als Abkürzung für „Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung“.

## **2. Luhmanns Systemtheorie: Erkenntnistheoretische Grundlagen und Begriffsbestimmungen**

Durch Zuhilfenahme der Luhmannschen Systemtheorie soll im Verlauf dieser Arbeit aufgezeigt werden, welche Strukturen gesellschaftliche Teilsysteme im Allgemeinen und das Medizin- und Erziehungssystem im Speziellen im Zuge einer funktionalen Ausdifferenzierung der Gesellschaft entwickelt haben. Im Zentrum der Betrachtung wird dabei in Anlehnung an die Forschungsfrage die Ausbildung einer systemspezifischen Codierung stehen. Zuvor werden jedoch grundlegende Luhmannsche Begriffsbestimmungen und Vorannahmen, die im Verlauf der Untersuchung von Relevanz sein werden, erläutert.

### **2.1 Operativer Konstruktivismus**

Die erkenntnistheoretische Grundlage der Luhmannschen Systemtheorie ist der von ihm entwickelte „operative Konstruktivismus“. Um Luhmanns Perspektive auf soziale Systeme, zu denen auch das Medizin- und Erziehungssystem gehören, zu verdeutlichen, sollen im Folgenden einige Grundannahmen des „operativen Konstruktivismus“ beleuchtet werden.

Luhmanns konstruktivistische Vorannahmen zeichnen sich vor allem durch eine „Entsubjektivierung“ des erkenntnistheoretischen Gegenstandsbereiches aus.<sup>25</sup> Diese fußt im Wesentlichen auf Luhmanns Annahmen über Systeme und deren Selbstorganisation in Form von Selbstreferenz und Autopoiesis. Daher werden zunächst die zentralen Begriffe System, Selbstreferenz und Autopoiesis bestimmt.

#### **I. System**

Nach Luhmann bestehen Systeme nicht aus „dinglichen“ Elementen wie z. B. Menschen und/oder menschliche Beziehungen. Systeme setzen sich vielmehr aus ihren systemtypischen Operationen zusammen. Unter Operationen sind dabei die Reproduktionen eines Elementes mithilfe der Elemente desselben Systems gemeint. So bestehen bspw. die Operationen des psychischen Systems aus dem Element „Gedanken“.

Kein System kann außerhalb seiner Grenzen operieren. Gedanken existieren nur im psychischen System. So ziehen die Operationen eine Grenze, die das System von der Um-

---

25 Den Begriff der „Entsubjektivierung“ nutzt auch Kersten Reich, wenn er von der „Entsubjektivierung der Systeme“ spricht (vgl. Kersten Reich, *Die Ordnung der Blicke. Perspektiven des interaktionistischen Konstruktivismus. Band I: Beobachtung und die Unschärfen der Erkenntnis*, 2. völlig veränd. Aufl., Neuwied u. a. 2009, S. 328, online verfügbar unter: [http://www.uni-koeln.de/hf/konstrukt/reich\\_works/buecher/ordnung/band1/reich\\_ordnung\\_band\\_1.pdf](http://www.uni-koeln.de/hf/konstrukt/reich_works/buecher/ordnung/band1/reich_ordnung_band_1.pdf), letzter Zugriff am 07.07.2017.



welt, also all dem, was außerhalb dieser Grenze liegt, unterscheidet. Die System-Umwelt-Differenz bildet somit den Ausgangspunkt der Luhmannschen Systemtheorie<sup>26</sup>:

„Systeme sind nicht nur gelegentlich und nicht nur adaptiv, sie sind strukturell an ihrer Umwelt orientiert und können ohne Umwelt nicht bestehen. Sie konstituieren und sie erhalten sich durch Erzeugung und Erhaltung einer Differenz zur Umwelt, und sie benutzen ihre Grenzen zur Regulierung dieser Differenz.“<sup>27</sup>

System und Umwelt können also nur relativ zueinander konstituiert werden. Ein kurzer Exkurs zu Spencer-Browns *Laws of forms*, auf dessen Ideen Luhmann im Rahmen seiner Systemtheorie Bezug nimmt, kann dies verdeutlichen. Spencer-Brown stellt heraus, dass die Operation der Unterscheidung die Grundvoraussetzung der menschlichen Wahrnehmung ist. Er postuliert, dass die „Welt an sich“ keine Differenzen enthält. Sie ist ein *unmarked space*. Erkenntnis bzw. Wahrnehmung entsteht dadurch, dass mit Hilfe einer Unterscheidung eine Form - *marked space* - aus dem *unmarked space* ausgegrenzt wird. So erkennt der Mensch einen Kreis auf einem weißen Blatt Papier nur deshalb, weil er als *marked space* von dem Blatt, dem *unmarked space*, unterschieden wird.<sup>28</sup> Auf die System-Umwelt-Differenz ließe sich dies wie folgt übertragen: Das System legt auf der Basis seiner internen Operationen, z. B. Gedanken, fest, was zum *marked space* (System) und damit nicht zum *unmarked space* (Umwelt) gehört (vgl. Abb. 1).



Abbildung 1: "Mach einen Unterschied!"

Ziel der Systementstehung ist dabei Komplexitätsreduktion. Durch Aufbau und Stabilisierung einer eigenen Komplexität, die sich durch eine selektive Verknüpfung der Systemelemente auszeichnet, grenzt sich das System zur Komplexität der Umwelt ab. Die Komplexität des *unmarked space* wird durch die Setzung eines *marked space* reduziert.

26 Vgl. Baraldi; Corsi; Esposito 1997, S. 123.

27 Luhmann 1984, S. 35.

28 Vgl. George Spencer-Brown, *Laws of form. Gesetze der Form*, übers. von Thomas Wolf, Lübeck 1997, S. 1-5.

Wenn sich ein System durch Unterscheidungen von seiner Umwelt abgrenzt, so wird es notwendigerweise weniger komplex als die Umwelt sein.<sup>29</sup>

## II. Selbstreferenz

Die Selbstorganisation von Systemen geschieht auf der Basis von Selbstreferenz und Autopoiesis. Luhmann definiert Selbstreferenz wie folgt:

„Die Theorie selbstreferentieller Systeme behauptet, daß eine Ausdifferenzierung von Systemen nur durch Selbstreferenz zustandekommen kann, das heißt dadurch, daß die Systeme in der Konstitution ihrer Elemente und ihrer elementaren Operationen auf sich selbst (sei es auf Elemente desselben Systems, sei es auf die Operationen desselben Systems, sei es auf Einheiten desselben Systems) Bezug nehmen. Systeme müssen, um dies zu ermöglichen, eine Beschreibung ihrer selbst erzeugen und benutzen; sie müssen [also] mindestens die Differenz von System und Umwelt systemintern als Orientierung und als Prinzip der Erzeugung von Informationen verwenden können.“<sup>30</sup>

Selbstreferenz meint demnach, dass Systeme sich durch jede ihrer Operationen auf sich selbst beziehen. Sie sind, um in Maturanas Terminologie zu sprechen, autonom.<sup>31</sup> Autonome Systeme sind in der Lage, Beziehungen zu sich selbst herzustellen und diese gegen Beziehungen zu ihrer Umwelt zu differenzieren. Das System macht sich demnach bei der Frage, ob eine Operation als geeignet angesehen wird, selbst zum Maßstab.

Die „Wirklichkeit“ kann nur auf der Basis dieses Selbstkontaktes beobachtet werden. Ein Bewusstsein kann z. B. nur denken und die „Wirklichkeit [kann] nur Relevanz gewinnen als Gegenstandsbezug des Denkens.“<sup>32</sup>

## III. Autopoiesis

Die Selbstorganisation von lebenden Systemen ist dadurch gekennzeichnet, dass sich Systeme nicht nur auf sich selbst beziehen, sondern sich auch selbst produzieren. Luhmann greift in diesem Zusammenhang auf den Begriff der Autopoiesis<sup>33</sup>, der von Maturana und Varela geprägt wurde, zurück. Er überträgt die Annahmen der Biologen auf psychische und soziale Systeme. Maturana und sein Schüler Varela definieren autopoietische Systeme als

„[...] eine Klasse von Systemen, bei der jedes Element als eine zusammengesetzte Ein-

---

29 Vgl. David J. Krieger, *Einführung in die allgemeine Systemtheorie*, München 1996, S. 14f.

30 Vgl. Luhmann 1984, S. 25.

31 Das bedeutet nicht, dass Systeme autark sind, denn sie sind auf die Abgrenzung zu ihrer Umwelt angewiesen. Zum Begriff der Autonomie vgl. Humberto R. Maturana, *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie*, autor. dt. Fassung von Wolfgang K. Köck, Braunschweig; Wiesbaden 1982, S. 245f.

32 Baraldi; Corsi; Esposito 1997, S. 163.

33 Von griech. *auto* = selbst und *poiein* = machen.

heit (System), als ein Netzwerk der Produktionen von Bestandteilen definiert ist, die (a) durch ihre Interaktionen rekursiv das Netzwerk der Produktion bilden und verwirklichen, das sie selbst produziert hat; (b) die Grenzen des Netzwerks als Bestandteil konstituieren, die an seiner Konstitution und Realisierung teilnehmen und (c) das Netzwerk als eine zusammengesetzte Einheit in dem Raum konstituieren und realisieren, in dem es existiert.“<sup>34</sup>

Autopoietische Systeme sind demnach all jene Systeme, welche die Elemente (und damit auch die Operationen), aus denen sie bestehen, selbst produzieren und reproduzieren. Mit diesem internen Prozess grenzen sie sich zu allem, was sie nicht sind (Umwelt), ab. Aus der Annahme, dass Systeme autopoietisch und selbstreferenziell organisiert sind, folgt, dass Systeme strukturdeterminiert und operativ geschlossen sind. Strukturdeterminierte Systeme definiert Maturana wie folgt:

„Strukturdeterminierte Systeme erfahren ausschließlich Veränderungen, die durch ihre Organisation und Struktur determiniert sind. Diese sind entweder Zustandsveränderungen (definiert als Veränderung ihrer Struktur ohne Verlust ihrer Identität) oder führen zu ihrer Auflösung (definiert als Veränderung ihrer Struktur mit Identitätsverlust).“<sup>35</sup>

Lebende Systeme sind demnach durch ihre eigene Organisation und Struktur bestimmt. Sie zeichnen sie sich dadurch aus, dass sie organisationsinvariant und strukturplastisch sind.<sup>36</sup> So ist z. B. allen psychischen Systemen gemein, dass sie auf der Basis von Gedanken organisiert sind. Wie diese Gedanken jedoch im individuellen psychischen System strukturiert sind, kann variieren.

Entscheidend ist, dass Veränderungen nur auf Basis der systemeigenen Strukturdynamik hervorgerufen werden können. Von außen können sie nicht determiniert werden. Systeme sind demzufolge operativ geschlossen. Sie haben keinen direkten Durchgriff zur Umwelt. Ebenso wenig kann die Umwelt an den autopoietischen Prozessen eines operativ geschlossenen Systems mitwirken. Eine Fledermaus, die nachts durch die Wälder fliegt und weder Bäume noch Gestrüpp berührt, umfliegt keine von ihr erkannten Gegenstände. Sie „kennt“ nur elektromagnetische Wellen und agiert in dieser Welt der Wellen. Ebenso „kennt“ ein psychisches System nur Gedanken und keine Kommunikation. Der Autopoiesis-Idee folgend müssen alle eingehenden Informationen aus der Umwelt zuallererst in systemeigene Operationen, wie z. B. Gedanken, transformiert werden.<sup>37</sup>

---

34 Vgl. Humberto R. Maturana; Francisco J. Varela, *Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens*, Bern 1987, S. 94.

35 Maturana 1982, S. 242.

36 Vgl. Falco von Ameln, *Konstruktivismus. Die Grundlagen systemischer Therapie, Beratung und Bildungsarbeit*, Tübingen 2004, S. 67.

37 Vgl. Hans Lieb, *Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlungen*, Heidelberg 2014, S. 44f.

#### IV. Luhmanns operativer Konstruktivismus

Luhmanns Theorie des „operativen Konstruktivismus“ fußt im Wesentlichen auf den Grundannahmen des radikalen Konstruktivismus.<sup>38</sup> Vertreter dieser erkenntnistheoretischen Position, zu denen bspw. Ernst von Glasersfeld oder Heinz von Foerster gehören, lehnen die Vorstellung einer ontologischen Realität ab.

Von Ameln betont, dass es *den* Konstruktivismus nicht gibt. Es handelt sich vielmehr um eine Denkströmung, welche sich aus Erkenntnissen unterschiedlicher Einzeldisziplinen - bspw. von der Biologie bis zur Philosophie und von den Sozialwissenschaften bis hin zur Neurophysiologie - zusammengefügt hat. Trotz unterschiedlicher Problemstellungen der einzelnen Disziplinen besteht ein Konsens über einige erkenntnistheoretische Grundannahmen. Von Ameln fasst diese wie folgt zusammen<sup>39</sup>:

1. Das, was wir als unsere Wirklichkeit erleben, ist nicht ein passives Abbild der Realität, sondern Ergebnis einer aktiven Erkenntnisleistung.
2. Da wir über kein außerhalb unserer Erkenntnis stehendes Instrument verfügen, um die Gültigkeit unserer Erkenntnisse zu überprüfen, können wir über die Übereinstimmung zwischen subjektiver Wirklichkeit und objektiver Realität keine gesicherten Aussagen treffen.

Luhmann grenzt sich von diesen Grundannahmen dahingehend ab, als dass er den Subjektbegriff (hier: „wir“) mit dem Begriff des Systems austauscht. In erkenntnistheoretischer Hinsicht interessiert er sich nicht für die klassische Unterscheidung von Subjekt und Objekt, sondern für die Unterscheidung von System und Umwelt. Auf der Basis dieser Unterscheidung begründet Luhmann in Anlehnung an den radikalen Konstruktivismus, dass „Erkenntnis [...] nur möglich [ist], weil sie keinen Zugang zur Realität außer ihr hat.“<sup>40</sup> Er bezieht sich dabei in seiner Argumentation vornehmlich auf die Abkopplung des Systems durch Schließung. Diese ermögliche, so Luhmann, die Ausdifferenzierung von Systemen in Abgrenzung zur Umwelt. Ohne operativ geschlossene Systeme gäbe es keine Umwelt und ohne Umwelt gäbe es keine Erkenntnis über die Um-

38 Zur Kritik Luhmanns am radikalen Konstruktivismus vgl. Detlef Horster, *Niklas Luhmann*, München 1997, S. 73-75.

39 Vgl. von Ameln 2004, S. 3.

40 Niklas Luhmann, Erkenntnis als Konstruktion, in: ders., *Aufsätze und Reden*, Stuttgart 2007. Ich zitiere im Folgenden in Form von Absätzen und Zeilen aus der Onlineressource <http://www.univie.ac.at/constructivism/archive/fulltexts/2729.html>, letzter Zugriff am 02.08.2017 (hier: Abs. 4, Z. 12f.).

Die radikalen Konstruktivisten reformulieren hier in Abgrenzung zur Tradition des erkenntnistheoretischen Idealismus das Problem „Wie ist Erkenntnis möglich, obwohl sie keinen von ihr unabhängigen Zugang zur Realität außer ihr hat?“ (vgl. Luhmann 2007, Abs. 4, Z. 10-11).

welt. Wenn man Luhmanns Annahmen konsequent folgt, gäbe es ohne Systeme „gar nichts“. Aus diesem Grund eröffnet Luhmann das erste Kapitel seiner Untersuchung *Soziale Systeme* mit der axiomatischen Feststellung: „Die folgenden Überlegungen gehen davon aus, daß es Systeme gibt.“<sup>41</sup>

Erkenntnis wird bei Luhmann demzufolge nicht vom erkennenden Subjekt konstruiert, sondern von Systemen. Diese fertigen Erkenntnis auf Grundlage der „Operationen des Beobachtens und des Aufzeichnens von Beobachtungen (Beschreibungen)“<sup>42</sup> an. Die Grundlage der Beobachtungsoperation bildet dabei in Anlehnung an Spencer-Brown das Unterscheiden. Die Operation des Beobachtens ist somit selbst schon eine Einheit der Differenz von Unterscheidung und Bezeichnung. Was ein System unterscheidet („erkennt“), konstruiert es auf der Basis von Selbstreferenz und Autopoiesis selbst. Dies gilt auch für soziale Systeme wie z. B. das Medizin- oder das Erziehungssystem. Sie rezipieren nur die Informationen aus ihrer Umwelt, die zu ihren Funktionen pass- bzw. anschlussfähig sind und somit die Reproduktion des Systems fortbestehen lassen.<sup>43</sup> Dabei wird aus der komplexen Umwelt immer nur ein geringer Teil rezipiert und mit dieser Rezeption wird die Grenze zwischen Innen (System) und Außen (Umwelt) gezogen, die wiederum der Beginn alles Erkennens ist.

Es folgt der Schluss, dass alles Beobachtbare, eingeschlossen die Beobachtung zweiter Ordnung<sup>44</sup>, eine Eigenleistung des Beobachters ist. In der Umwelt kann es daher nichts geben, was der Erkenntnis eines Systems entspricht. Sie ist für sich betrachtet unterscheidungs- und damit erkenntnislos. Von besonderer Relevanz ist, dass der Unterscheider (das System) zwar das, was er von etwas anderem unterschieden hat, in den Blick nehmen kann, aber er kann seine eigene Unterscheidung nicht sehen - und damit auch nicht alle anderen Unterscheidungsmöglichkeiten. Da es sich beim Beobachten um eine systeminterne Operation handelt, kann das System sich nicht selbst beim Beobachten beobachten. Es kann daher keine Aussage darüber treffen, ob hinreichend genau beobachtet wurde. Luhmann spricht in diesem Zusammenhang von dem „blinden Fleck“ der Beobachtung.<sup>45</sup>

---

41 Luhmann 1984, S. 30.

42 Luhmann 2007, Abs. 9, Z. 1-3.

43 Vgl. Gerhard de Haan; Tobias Rülcker, *Der Konstruktivismus als Grundlage für die Pädagogik*, Frankfurt a. M. 2009, S. 86f.

44 Luhmann bezieht sich hier auf von Foersters 'second order cybernetics' (vgl. Luhmann 2007, Abs. 5, Z. 24.). Die Kybernetik ist die Lehre von der Lenkung und Informationsverarbeitung von und in komplexen Systemen. Unter der „Kybernetik zweiter Ordnung“ versteht von Foerster die Kybernetik von beobachtenden Systemen. Im Gegensatz dazu ist die „Kybernetik erster Ordnung“ die Kybernetik von beobachteten Systemen (vgl. Heinz von Foerster, *Short Cuts*, Frankfurt a. M. 2001, S. 73).

45 Vgl. ebd., Abs. 14, Z. 1-3.

Gleichzeitig ist es der „blinde Fleck“, der das Beobachten erst ermöglicht, denn ohne Unterscheidung gäbe es keine Beobachtung. Dieses Paradoxon gilt es zu lösen.

Luhmann sieht die Lösung, und damit den entscheidenden erkenntnistheoretischen Gewinn des (operativen) Konstruktivismus, in der Beobachtung zweiter Ordnung:

„Während im Normalverständnis das Beobachten des Beobachters sich vor allem auf das richtet, *was* ein Beobachter beobachtet [...], beschreibt der Konstruktivismus ein Beobachten des Beobachtens, das sich dafür interessiert, *wie* der beobachtete Beobachter beobachtet.“<sup>46</sup>

Die Beobachtung zweiter Ordnung, die nach dem *Wie* und nicht nach dem *Was* der Beobachtung fragt, kann den „blinden Fleck“ ins Auge fassen. Dabei ist sie zwar an den eigenen „blinden Fleck“ gebunden, aber ein Beobachter zweiter Ordnung erkennt zumindest, dass jede Beobachtung einen „blinden Fleck“ hat. Er kann sehen, dass er nicht sehen kann, was er nicht sehen kann

Aus den vorgestellten Annahmen kann geschlossen werden, dass das Erziehungssystem die Unterscheidung von „krank“ und „gesund“ im Hinblick auf kindliche Verhaltensweisen als Beobachtungsgrundlage nutzt, weil diese Unterscheidung Anschluss im autopoietischen System findet. Es handelt sich dabei um eine blinde Operation, die geschieht oder nicht geschieht. Das Erziehungssystem kann nur das *Was* (kindliche Verhaltensweisen) auf Basis der Beobachtung erster Ordnung beobachten, nicht aber das *Wie* (Unterscheidungskriterium, z. B. „krank/gesund“).

Die Erziehungswissenschaft hingegen kann mithilfe der Beobachtung zweiter Ordnung reflexiv beobachten, inwieweit diese Unterscheidungsgrundlage möglicherweise funktional ist. Zum anderen kann sie beobachten, welche weiteren Unterscheidungsmöglichkeiten vom Erziehungssystem aufgrund des „blinden Flecks“ nicht in den Blick genommen werden können, aber durchaus denkbar wären. Oder um es in Luhmanns Worten zu sagen:

„In jedem Fall liegt das Problem nicht auf der Ebene des einfachen Vollzugs der autopoietischen Operationen derjenigen Systeme, die sich auf ein Unterscheiden und Bezeichnen und Beobachten und Beschreiben einlassen. Auch hier kann man nur sagen, es geschieht oder es geschieht nicht. Will man dagegen unterscheiden, was geschieht, muß man das Geschehene als Beobachten beobachten.“<sup>47</sup>

Auf Basis dieser systemtheoretischen Prämissen wird das Erziehungssystem im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf Grundlage der Beobachtung zweiter Ordnung in den Blick genommen.

---

46 Luhmann 1990, S. 46.

47 Luhmann 2007, Abs. 36, Z. 1-6.

## 2.2 Funktionale Ausdifferenzierung des Gesellschaftssystems

Luhmanns Gesellschaftstheorie basiert auf der Hypothese, dass die Gesellschaft als ein Sozialsystem beschrieben werden kann, dessen Struktur durch eine bestimmte Form der primären Differenzierung gebildet wird. Unter der primären Differenzierung versteht Luhmann die Bildung von Teilsystemen und System/Umwelt-Beziehungen. Es handelt sich dabei um einen evolutionären Vorgang, der nicht bewusst von Individuen initiiert oder gesteuert wird. Luhmann unterscheidet vier Differenzierungsformen, die der Gesellschaft im Lauf der Evolution als Struktur gedient haben: Differenzierung in gleiche Teilsysteme, Differenzierung von Zentrum und Peripherie, hierarchische Differenzierung in Schichten und die funktionale Differenzierung. Das System der modernen Gesellschaft ist durch funktionale Differenzierung gekennzeichnet. Diese steigert und reduziert Komplexität zugleich, indem eine Wiederholung der Systembildung im (Gesellschafts-)System durch die Bildung von Teilsystemen stattfindet. Dabei differenziert sich jedes Teilsystem nach seiner spezifischen (kommunikativen) Funktion in der Gesellschaft aus.

Funktionssysteme operieren in einer innergesellschaftlichen Umwelt, in der andere Funktionen von anderen Funktionssystemen übernommen werden. So hat bspw. das Subsystem Recht die Funktion der Rechtsprechung. Kein anderes Funktionssystem kann diese systemspezifische Funktion übernehmen. Jede Funktion wird demnach autonom von einem Teilsystem erfüllt.<sup>48</sup>

Entscheidend bei Luhmann ist, dass mit einer Funktion typischer Weise nicht gemeint ist, dass diese wie eine Eigenschaft oder wie ein immanenter Telos gedacht wird, sondern als Lösung für ein Problem, das ein (wissenschaftlicher) Beobachter konstruiert.<sup>49</sup> Die Funktionen der Erziehung oder der Krankenbehandlung sind demnach nicht als Entität „in der Welt an sich vorhanden“, sondern sie werden von Beobachtern konstruiert.

## 2.3 Soziale Systeme

Soziale Systeme grenzen sich zu Maschinen, Organismen und psychischen Systemen ab (vgl. Abb. 2). Nicht-lebende Systeme wie Maschinen brauchen eine Steuerung von außen. Sie benötigen festgelegte Sollwerte, auf die sie ausgerichtet sind, z. B. die Temperaturvorgabe für den Temperaturregler eines Thermostats. Lebende Systeme, zu denen Organismen sowie soziale und psychische Systeme gehören, funktionieren hingegen

48 Baraldi; Corsi; Esposito 1997, S. 65-71 sowie S. 63-64 und S. 26-28.

49 Vgl. Peter Fuchs, Die soziologische Beobachtung des Erziehungssystems, in: Dieter Lenzen (Hg.), *Zwischen Reflexion, Funktion und Leistung: Facetten der Erziehungswissenschaft*, Bad Heilbrunn 2007, S. 69-100 (hier: S. 72).

nach dem Prinzip der Autopoiesis. In Abgrenzung zu Organismen zeichnen sich soziale (und psychische) Systeme dadurch aus, dass sie auf der Basis von Sinn operieren.<sup>50</sup> Sinn ist selbstreferenziell, so dass jedes System, das an Sinn gebunden ist, wie z. B. Gesellschaften und ihre Teilsysteme, nicht sinnfrei erleben oder handeln kann.<sup>51</sup>

Luhmann definiert Sinn in Anlehnung an die phänomenologische Vorstellung Edmund Husserls. So postuliert er, dass Sinn

„die Prämisse jeder Erfahrungsverarbeitung [sei]: [...] Der Sinn reproduziert sich durch ein Erleben, das ihn aktualisiert und auf weitere Möglichkeiten verweist, die nicht aktualisiert werden.“<sup>52</sup>

Da Systeme komplex sind, haben sie mehr Möglichkeiten als sie aktuell verwirklichen können. Deshalb sind sie gezwungen zu selektieren. Diese Selektionen sind nicht vorhersagbar. Luhmann spricht in diesem Zusammenhang von Kontingenz.<sup>53</sup>

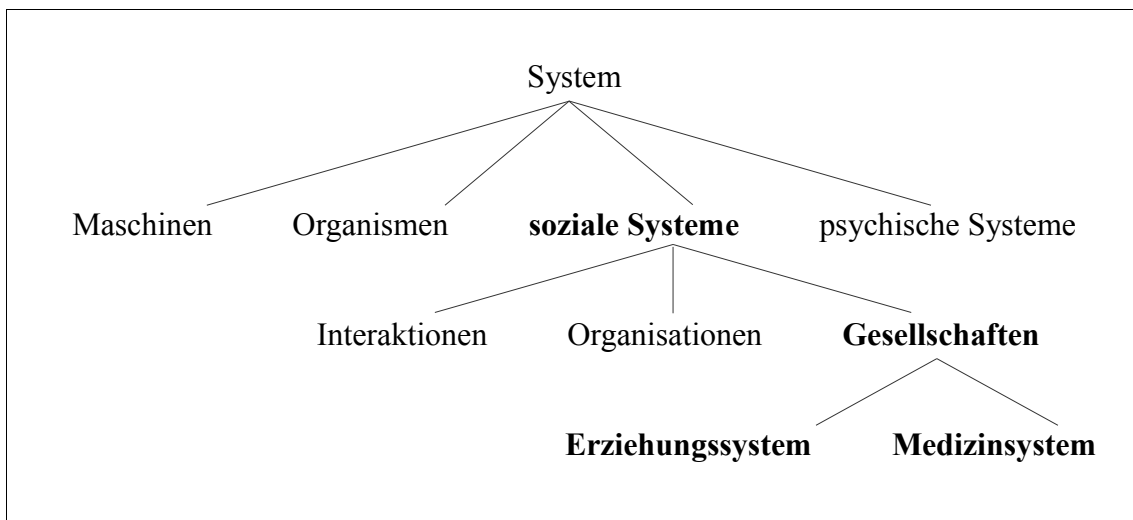


Abbildung 2: Ebenen der Systembetrachtung<sup>54</sup>

In Abgrenzung zu psychischen Systemen, die auf der Basis von „sinngeliteten“ Gedanken operieren, operieren soziale Systeme auf der Grundlage „sinnvoller“ Kommunikation. Luhmann definiert soziale Systeme dementsprechend wie folgt:

„Ein soziales System kommt zustande, wenn immer ein autopoietischer Kommunikationszusammenhang entsteht und sich durch Einschränkung der geeigneten Kommunikati-

50 Vgl. Baraldi; Corsi; Esposito 1997, S. 176-178.

51 Vgl. Kurt Ludewig, *Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie*, Heidelberg 2005, S. 34.

52 Ludewig 2005, S. 170.

53 „Kontingenz bedeutet gleichzeitigen Ausschluss von Notwendigkeit und Unmöglichkeit. [...] Der Begriff der Kontingenz [...] bezeichnet den Sachverhalt, daß das, was aktuell (also nicht unmöglich) ist, auch anders möglich (also nicht notwendig) ist“ (Baraldi, Corsi, Esposito 1997, S. 37).

54 Luhmann 1984, S. 16.



on gegen eine Umwelt abgrenzt. Soziale Systeme bestehen demnach nicht aus Menschen, auch nicht aus Handlungen, sondern aus Kommunikationen.“<sup>55</sup>

Entscheidend für Luhmann ist, dass nicht Menschen kommunizieren, sondern dass Kommunikation kommuniziert. Sie bietet Anschlussfähigkeit im System. Soziale Systeme sind demnach „mensenleer“. Kraft formuliert diesen Umstand wie folgt:

„An die Stelle der klassischen Container-Idee tritt bei Luhmann die Vorstellung, daß sich soziale Systeme ausschließlich über Kommunikation reproduzieren, so daß sie ihre gesamte relevante Umwelt operativ konstruieren müssen in kommunikativ wirksamen Strukturen.“<sup>56</sup>

Soziale Systeme lassen sich, wie in Abb. 2 ersichtlich wird, in Interaktionen, Organisationen und Gesellschaften unterteilen. Ein Gespräch zwischen Peter und Paul ist demnach ebenso eine Form des sozialen Systems wie eine Partei oder eine Familie. Von besonderer Relevanz für die vorliegende Arbeit ist, dass Gesellschaften und ihre Teilsysteme von Luhmann in die Kategorie der sozialen Systeme einsortiert werden. Wenn also im Folgenden das Medizin- und das Erziehungssystem beobachtet werden, dann unter der Prämisse, dass nicht Menschen und deren Handlungen beobachtet werden, sondern Kommunikationen.

Des Weiteren ist im Hinblick auf die Forschungsfrage von Bedeutung, dass soziale Systeme selbstreferenziell auf der Basis von Sinn operieren. Die Selektionen, die das System aus den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten vornimmt, können demnach für das System selbst niemals „sinnfrei“ sein. Für die Umwelt, die aufgrund der operativen Geschlossenheit und Strukturdeterminiertheit keinen Einblick in das System hat, bleibt dieser Sinn (möglicherweise) zunächst verschlossen. Dennoch ist er systemintern „vorhanden“.

## 2.4 Codierung

Nimmt man eine funktionale Ordnung der Gesellschaft an, so hat diese „zahlreiche Eigenarten und Konsequenzen“ zur Folge. Eine der „Eigenarten“, die Luhmann herausstellt, ist die Tendenz von Funktionssystemen, Codierung und Programmierung als zwei Ebenen der Verhaltenssteuerung voneinander zu trennen.<sup>57</sup>

Der spezifische Code eines Funktionssystems dient dazu, systemintern - also an der eigenen Funktion orientiert - das „Dazugehörige“ (System) vom „Nichtzugehörigen“

---

55 Niklas Luhmann, *Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?*, Opladen 1986, S. 269.

56 Fuchs 2007, S. 72.

57 Niklas Luhmann, *Schriften zur Pädagogik. Herausgegeben und mit einem Vorwort von Dieter Lenzen*, Frankfurt a. M. 2004, S. 23.

(Umwelt) zu unterscheiden. Baraldi et al. definieren in diesem Sinne Codes als

„Unterscheidungen, mit denen ein [Funktions-]System die eigenen Operationen beobachtet; sie bestimmen die Einheit des Systems [in Abgrenzung zur Umwelt]. Sie ermöglichen es dem System, wiederzuerkennen, welche Operationen zu seiner Reproduktion beitragen und welche nicht. [...] Jedes System behandelt all seine Kommunikationen ausschließlich mit den Werten seines Codes. Der Code ist die Form, in der ein Funktionssystem jedes mögliche Objekt - also auch die anderen Funktionssystemen zugehörigen Kommunikationen - behandelt.“<sup>58</sup>

Die Codes, die den Funktionssystemen für ihre Informationsverarbeitung dienen, sind binär. Die eine Seite markiert einen Positivwert (z. B. „wahr“ im Wissenschaftssystem), die andere Seite markiert einen Negativwert (z. B. „unwahr“ im Wissenschaftssystem). Ein dritter Wert existiert in einem binären Schema nicht. So gibt es bspw. keine wissenschaftliche Kommunikation, die nicht entweder „wahr“ oder „unwahr“ ist. Das Prinzip der Binarität hat eine gravierende Reduktion von unendlichen Möglichkeiten auf genau zwei Optionen zur Folge.<sup>59</sup> Kraft spricht in diesem Zusammenhang auch von dem Code als „Totalkonstruktion“.<sup>60</sup> In die binäre Unterscheidung ist eine Asymmetrie eingebaut. Nur die eine Seite der Unterscheidung ist operativ anschlussfähig. So kann Wissenserzeugung als Funktion des Wissenschaftssystems nur an der Seite der „Wahrheit“ anschließen. Gotthard Günther nennt die positive, anschlussfähige Seite des Codes den Designationswert.<sup>61</sup> Ihm wird die Anschlussfähigkeit zuteil. Im Gegensatz dazu ist die Aufgabe des designationsfreien Wertes die „Reflexion der Kontingenz des Einsatzes des positiven Werts.“<sup>62</sup> Das Erziehungssystem antwortet so bspw. mit der Ausbildung von Heil-, Sonder- und Sozialpädagogik auf eine misslungene oder defizitäre Erziehung.<sup>63</sup>

## 2.5 Programmierung

Luhmann postuliert, dass keine Codierung losgelöst von einer Programmierung existieren kann. Während der Code lediglich die Struktur für die Kontingenz des Systems liefert, begründen die Programme das, was innerhalb des Systems unter der Bedingung seines Codes als „richtiges“ Verhalten akzeptiert werden kann.<sup>64</sup>

So heißt es bei Baraldi et al.:

„Programme werden allgemein als Komplexe von Richtigkeitsbeziehungen definiert. In

58 Baraldi; Corsi; Esposito 1997, S. 36.

59 Vgl. ebd., S. 34.

60 Vgl. Volker Kraft, Unwissenheit schmerzt nicht oder: Gesundheits- und Erziehungssystem in vergleichender Perspektive, in: Yvonne Ehrenspeck; Dieter Lenzen (Hg.), *Beobachtungen des Erziehungssystems. Systemtheoretische Perspektiven*, Wiesbaden 2006, S. 208-229 (hier: S. 210).

61 Vgl. ebd., S. 210.

62 Luhmann 1990, S. 185.

63 Vgl. Kraft 2006, S. 213.

64 Vgl. Luhmann 2004, S. 35.

bezug auf Codes stellen Programme Kriterien für die korrekte Zuschreibung der Code-werte fest, so daß ein an ihm orientiertes System strukturierte Komplexität erreichen und den eigenen Verlauf kontrollieren kann.“<sup>65</sup>

Der Code bietet keine Handlungsanweisungen, sondern er orientiert nur die Operationen, indem er mithilfe des Designationswertes den Anschluss an die folgenden Operationen sichert. Die Operationen selbst sind blind, so dass das System keine Kontrolle über den eigenen Verlauf hat. Die Selbstregulierung und Selbstkontrolle des Systems verlaufen auf der Ebene der Programme. Sie legen die Bedingungen fest, die für die Realisierbarkeit einer bestimmten Operation gegeben sein müssen. So stellen bspw. die Programme der Wissenschaft (Theorien und Methoden) die Bedingungen fest, die erfüllt sein müssen, um eine Beobachtung als „wahr“ oder „falsch“ zu beobachten.

Die durch die Programme induzierten Bedingungen können sich im Gegensatz zum Code im Laufe der Zeit ändern.<sup>66</sup> So bleibt in der Medizin bspw. die Codierung in „krank“ und „gesund“ bestehen. Was jedoch im Sinne der Programmierung unter die Beobachtung „krank“ oder „gesund“ fällt, kann sich, z. B. im Rahmen unterschiedlicher Krankheitskonzepte<sup>67</sup>, verändern.

---

65 Baraldi; Corsi; Esposito 1997, S. 139.

66 Vgl. ebd., S. 139-141.

67 Ich spreche im Folgenden in Anlehnung an Eckart von Krankheitskonzepten und nicht von Krankheitstheorien (vgl. Wolfgang U. Eckart, *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, 7. völlig neu bearb. Aufl., Berlin; Heidelberg 2013, S. 3 sowie S. 8).

### 3. Medizin- und Erziehungssystem als funktionale Teilsysteme der Gesellschaft

Um sich der Beantwortung der Forschungsfrage zu nähern, kann es hilfreich sein, sich vor Augen zu führen, dass es sich bei dem Medizin-<sup>68</sup> und dem Erziehungssystem um zwei autopoietische, autonome Teilsysteme der Gesellschaft handelt, die auf der Basis unterschiedlicher Codes operieren. Diese stehen in direktem Zusammenhang zu Funktion und Programmierungen des Systems. Wenn das Erziehungssystem mit der medizinischen Codierung „krank/gesund“ operiert, dann bedient es sich eines Codes, der ursprünglich auf die Funktion eines anderen Systems ausgerichtet ist.

Voraussetzung für die Ausbildung eines Teilsystems im Rahmen der funktionalen Ausdifferenzierung ist seine Abgrenzung zur Umwelt (z. B. zu anderen Teilsystemen). Im Sinne der strukturellen Kopplung<sup>69</sup> gibt es durchaus notwendige Schnittmengen zwischen unterschiedlichen Systemen. So sind bspw. Rechtssystem und politisches System durch die Verfassung gekoppelt. Die Übernahme des Medizincode in das Erziehungssystem sehe ich allerdings zumindest dann als kritisch an, wenn dieser eigene Codes „verdrängt“ oder gar zur Erstcodierung wird. Folgt man Luhmanns Annahmen, so könnte sich das Erziehungssystem in diesem Fall in seiner Umwelt auflösen, da es durch den Verlust eines eigenen Codes keine Basis mehr besitzt, um sich von der Umwelt (hier: dem Medizinsystem) zu unterscheiden. Wird der Code jedoch im Rahmen der Beobachtung „abweichender“ Verhaltensweisen als Nebencodierung genutzt, so dürfte dies für das Erziehungssystem im Hinblick auf einen möglichen Zerfall unproblematisch sein.

Auch wenn der Code „krank/gesund“ „lediglich“ als Nebencodierung genutzt wird, kann es für den Unterscheider von Relevanz sein, sich mit der spezifischen Organisation des Medizinsystems, auf der dieser Code fußt, auseinanderzusetzen. Dies gilt nicht nur für die pädagogische Theorie, sondern auch für die pädagogische Praxis. Wenn man sich als Pädagoge eines genuin medizinischen Codes bedient, erscheint es mir sinnvoll, hinreichende Kenntnis darüber zu besitzen, wie das Medizinsystem, in dem dieser Code ursprünglich eingebettet ist, „funktioniert“. Ein Pädagoge, der bspw. eine Fortbildung in

---

68 Luhmann spricht auch von dem System der Krankenbehandlung (vgl. Luhmann 1990, S. 183).

69 Luhmann nutzt den Begriff der strukturellen Kopplung im Zusammenhang der relativen Unbestimmtheit des Verhältnisses von Autopoiesis und Strukturbildung. Die strukturelle Kopplung erklärt, „weilhalb autopoietische Systeme, gleichsam blind und ohne operativen Kontakt mit der Umwelt, Strukturen ausbilden, die zu bestimmten Umwelten passen und sich auf diese Weise spezialisieren, also die Freiheitsgerade, die ihre Autopoiesis an sich bereithielte, einschränken“ (Niklas Luhmann, *Das Erziehungssystem der Gesellschaft*. Herausgegeben von Dieter Lenzen, Frankfurt a. M. 2002, S. 24). So sind bspw. das Erziehungssystem und das Wirtschaftssystem durch Zeugnisse und/oder Zertifikate strukturell gekoppelt. Luhmann selbst nennt den Umstand, dass Kinder die Sprache lernen, die dort gesprochen wird, wo sie aufwachsen, als Beispiel (vgl. ebd., S. 24).

Traumapädagogik absolviert hat, könnte das erlangte Wissen ohne fundierte medizinische Einbettung ggf. „falsch“<sup>70</sup> anwenden. Dies wäre z. B. dann der Fall, wenn er anhand eines beobachteten Symptoms (z. B. „emotionale Stumpfheit“) auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (kurz: PTBS) schließen würde, ohne zu berücksichtigen, dass, medizinischen Programmen folgend, dieses Symptom ebenfalls auf diverse andere Störungen (z. B. Depression) hindeuten könnte. Es wäre in diesem Fall von Relevanz, nicht nur Symptome und Syndrome<sup>71</sup> einer spezifischen Störung (in diesem Fall der PTBS) zu kennen, sondern auch Symptome und Syndrome aller anderen in Frage kommenden psychischen Störungen. Darüber hinaus wären in diesem Zusammenhang grundlegende Kenntnisse darüber, was Mediziner unter einem Symptom verstehen und welche theoretischen Konzepte hinter der „Symptom-Idee“ stehen, für die traumapädagogische Arbeit Voraussetzung.

### 3.1 Das Medizinsystem

Die systemtheoretische Ausleuchtung des Medizinsystems ist bisher noch nicht erschöpfend vollzogen wurden. So weist Vogd darauf hin, dass

„das Projekt einer systematischen gesellschaftstheoretischen Reflexion des Medizinsystems, die dann Sinnform, Codierung, Funktion, seine Organisation wie auch seine Evolution und (fehlende) Selbstbeschreibung expliziert, noch aus[steht].“<sup>72</sup>

Im Rahmen dieser Arbeit kann die Untersuchung des Medizinsystems nur exemplarisch erfolgen. Zunächst werde ich die Funktion und den Code des Medizinsystems erläutern. Im Anschluss widme ich mich zwei Krankheitskonzepten, welche in der Geschichte der Medizin bedeutsame medizinische Programme darstellten. Die Untersuchung unterschiedlicher Krankheitskonzepte kann hilfreich sein, um den „Wahrheitsgehalt“ aktueller „Symptomklassifizierungen“ - insbesondere im Kontext der „Verhaltensstörungen“ - dahingehend zu relativieren, dass sich Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit im Laufe der Zeit verändert haben. Was als „krank“ und was als „gesund“ beobachtet wur-

---

70 „Falsch“ ist hier im Sinne einer *medizinisch* unkorrekten Diagnose gemeint.

71 Von griech. *syndromē* = das Zusammenlaufen, Zusammenkommen.

Bei einem Syndrom handelt es sich um „ein Muster multipler Anomalien, die bekannter- oder vermutetermaßen ursächlich verbunden sind. – I. w. S. ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem 'Symptomenmuster' manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter (polyätiologischer u. pathogenetischer) oder nur teilweise bekannter Ätiogenese“ (vgl. *Roche Lexikon Medizin*, herausg. von der Hoffmann-La Roche AG und Urban & Schwarzenberg, bearb. von der Lexikon-Redaktion des Verlags Urban & Schwarzenberg, 4. neubearb. und erw. Auflage, München; Wien; Baltimore, 1998, S. 1626).

72 Werner Vogd, Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften - Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung, in: *Soziale Systeme*, 11 (2005), Heft 2, S. 236-270 (hier S. 236).

de, ist dabei nicht nur an den einzelnen Beobachter gebunden, sondern auch an das jeweils vorherrschende Paradigma.<sup>73</sup>

Um den Wandel medizinischer Krankheitskonzepte aufzuzeigen, werde ich im Folgenden exemplarisch humoralpathologische und solidarpathologische Vorstellungen über die Entstehung von Krankheiten erläutern. Humoralpathologische Konzepte waren von der Antike bis in die Neuzeit hinein - also über 1500 Jahre - das dominierende medizinische Programm. Die Solidarpathologie, die sich im 19. Jahrhundert mit dem Umbruch in ein naturwissenschaftliches Paradigma etablierte, ist bis heute von zentraler Bedeutung für medizinische Ätiologien.

### **3.1.1 Funktion des Medizinsystems**

Die Funktion, die das Medizinsystem als Teilsystem der Gesellschaft erfüllt, ist nach Luhmann und Kraft die Krankenbehandlung.<sup>74</sup> Die Operationen, die mit der Krankenbehandlung in Zusammenhang stehen, grenzen das Medizinsystem zu den Operationen anderer Teilsysteme der Gesellschaft ab. Niemand wird bspw. vom Wirtschafts- oder Politiksystem erwarten, behandelt und geheilt zu werden.

### **3.1.2 Codierung des Medizinsystems**

Der binäre Code, mit dessen Hilfe sich die Operationen des Medizinsystems von denen anderer Teilsysteme unterscheidet, ist „krank/gesund“.

Luhmann schlägt darüber hinaus im Zuge der Entwicklung der Gentechnologie eine Zweitcodierung für beide Seiten des binären Codes vor.<sup>75</sup> Die Gesundheit codiert er in „genetisch o.k./genetisch nicht o.k.“. Für die Krankheit nimmt er die Zweitcodierung „heilbar/unheilbar“ vor.<sup>76</sup> Kraft betont die Zunahme an möglichen Diagnoseverfahren und fasst die Codierung engmaschiger.

---

73 Die Verwendung des Begriffs „Paradigma“ geschieht in wissenschaftstheoretischer Anlehnung an Thomas Kuhn. Dieser definiert ein Paradigma wie folgt: „Es handelt sich dabei um allgemein anerkannte wissenschaftliche Leistungen, die für eine gewisse Zeit einer Gemeinschaft von Fachleuten Modelle und Lösungen liefern. Das Paradigma bestimmt nicht nur, welche Gesetze und Theorien gelten, sondern auch welche Probleme und Lösungsmethoden als wissenschaftlich anerkannt werden. Sogar die Art und Weise wie ein in einer bestimmten Tradition steckender Forscher ein bestimmtes Phänomen sieht, ist durch das Paradigma gekennzeichnet“ (Thomas Kuhn, *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*, Frankfurt a. M. 2009, S. 10).

74 Vgl. Luhmann 1990, S. 183, sowie Kraft 2006, S. 209. Kraft postuliert in diesem Zusammenhang, dass die Bezeichnung Krankheitssystem treffender wäre als die des Gesundheitssystems (vgl. Kraft 2006, S. 211).

75 Luhmann weist darauf hin, dass es für wichtige gesellschaftliche Codes Zweitcodierungen gibt. So hat sich vor allem die Zweitcodierung des Eigentums durch das Geld und die Zweitcodierung der politischen Macht durch das Recht durchgesetzt. Ein Zweitcode führe, so Luhmann, zu „besser technisierbaren Codierungen, zur Öffnung neuer Kontingenzzräume und zu einem entsprechend gesteigerten Programmbedarf“ (Luhmann 1990, S. 192).

76 Vgl. Luhmann 1990, S. 193.

Er spricht davon, dass

dass „auf der Grundlage des naturwissenschaftlichen Paradigmas und dem Prinzip der Lokalisation folgend [...] eine zweite Unterscheidung, nämlich die von sichtbar/unsichtbar“<sup>77</sup>,

zum Vorschein käme. An die diagnostische Codierung knüpfe, so Kraft, der Modalitätscode „behandelbar/nicht behandelbar“ an. Dieser wiederum ließe sich anhand ärztlicher Eingriffe weiter unterscheiden in „richtig/ falsch“.<sup>78</sup>

Die Zweitcodierungen werden im Folgenden nicht von Relevanz sein. Für die Forschungsfrage ist vielmehr bedeutsam, dass die Begriffe „krank“ und „gesund“ keine besonderen physischen oder psychischen Zustände bezeichnen, sondern die Werte eines Codes, welche die Operationen des Medizinsystems leiten.<sup>79</sup> Wenn man sich im erziehungswissenschaftlichen Diskurs der medizinischen Codierung „krank/gesund“ bedient, kann dies m. E. eine nutzbringende Erkenntnis sein. Ein Kind, dem eine „Verhaltensstörung“ zugeschrieben wird, hat unter diesen systemtheoretischen Prämissen keine „tatsächlich“ vorhandene Krankheit, sondern es wird vielmehr im Sinne einer medizinischen Codierung als „krank“ („verhaltensgestört“) beobachtet.

### **3.1.3 Programmierung des Medizinsystems**

Wie alle anderen gesellschaftlichen Teilsysteme hat das Medizinsystem unterschiedliche Programme ausgebildet, „die die Beobachtung der Operationen durch das System selbst leiten“.<sup>80</sup> Sie stellen die Bedingungen fest, die erfüllt sein müssen, damit das System eine Beobachtung als „krank“ oder „gesund“ klassifiziert. Diese Bedingungen haben sich im Laufe der Zeit gewandelt. So gibt es im historischen Rückblick unterschiedliche medizinische Krankheitskonzepte, die unterschiedliche Bedingungen für die Beobachtung „krank“ und „gesund“ anbieten. Wenn man heute im medizinischen Diskurs von einer „Verhaltensstörung“ spricht, dann handelt es sich hierbei um eine Form der Beobachtung, die durch ein vorherrschendes Programm determiniert ist.

## **I. Humoralpathologische Krankheitskonzepte der Antike**

Erste Krankheitskonzepte waren vermutlich magisch-dämonologisch und/oder religiös ausgerichtet.<sup>81</sup> Krankheit wurde in den Früh- und Hochkulturen höchstwahrscheinlich

---

77 Kraft 2006, S. 218.

78 Vgl. Kraft 2006, S. 218.

79 Vgl. Baraldi; Corsi; Esposito 1997, S. 116.

80 Ebd., S. 139.

81 Schipperges weist darauf hin, dass prähistorische Funde und deren Ausdeutungen durch Ethnologen, Ethnomediziner und/oder Paläopathologen heuristisch zu verstehen sind (vgl. Heinrich Schipperges,

als Verlust der Weltharmonie gedeutet, die durch den Befall des Menschen durch Götter, Geister oder Dämonen von außen induziert wurde. Als „krank“ wurde demnach all das beobachtet, was auf den Verlust eines mythisch-kosmologischen oder religiösen Gleichgewichts hinwies.<sup>82</sup>

Im Laufe der Antike wurden diese Vorstellungen größtenteils von naturphilosophisch begründeten Konzepten abgelöst. Krankheit wurde erstmals als natürliches - innerkörperliches - Phänomen betrachtet. Das vorherrschende Krankheitskonzept der Antike war in diesem Zusammenhang die Humoralpathologie.<sup>83</sup> Daneben existierten ebenfalls andere Beobachtungsgrundlagen wie z. B. theurgische Medizinkonzepte.<sup>84</sup> Ähnlich wie sich heute Schulmedizin und Homöopathie entgegenstellen, hat es auch in der Antike nicht *das* eine Krankheitskonzept gegeben.

Erste humoralpathologische Krankheitskonzepte lassen sich in „der Phase der hippokratischen Medizin“, die in etwa das 5. und 4. Jh. v. Chr. umfasst, finden.<sup>85</sup> Die philosophischen Grundlagen für Vorstellungen, die sich von göttlich magischen hin zu rational natürlichen Konzepten bewegten, legten die Vorsokratiker, wie bspw. Thales oder Anaximander, mit ihrer ionischen Naturphilosophie. Die Naturphilosophen beschäftigten sich mit der Frage, welcher Urstoff die Welt zusammenhält und welche naturgesetzliche Lebensführung damit im Einklang steht. Dabei fanden sie unterschiedliche Grundprinzipien bzw. Stoffe<sup>86</sup>, die verantwortlich für die Zustände „gesund“ und „krank“ waren. Am Ende der naturphilosophischen Tradition stand die Vier-Elemente-Lehre (Feuer, Wasser, Luft und Erde).

Hippokrates von Kos, der als Begründer der Humoralpathologie gilt, verstand Krankheit in Anlehnung an die Vorsokratiker als natürliches Phänomen. Sie war für ihn die Folge einer schlechten Mischung (dyskrasie) der vier Säfte Blut, Schleim, Schwarzgalle und Galle. Die Störung des innerkörperlichen Säfteverhältnisses entstand auf Grundlage der hippokratischen Theorie durch unterschiedliche Einflüsse der Umwelt (z. B. Jahreszeiten) sowie durch individuelle Gegebenheiten wie Alter, Geschlecht, Nahrung, Ausscheidung, Affekthaushalt oder Lebensgewohnheit.<sup>87</sup> Letztere spielten in Form der Diätetik bei Hippokrates - insbesondere bei der Behandlung von Krankheiten - eine entscheidende

---

*Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte*, Berlin; Heidelberg 1999, S. 33).

82 Vgl. hierzu ausführlich: Schipperges 1999, S. 5-17.

83 Von lat. *humor* = Feuchtigkeit.

84 Vgl. Eckart 2013, S. 4.

85 Vgl. ebd., S. 3.

86 Thales betrachtete z. B. das Wasser als Urstoff allen bewegten Seins. Anaximander nahm hingegen an, dass der Urstoff das Unendliche sei (vgl. Schipperges 1999, S. 28).

87 Vgl. ebd., S. 31-35.



de Rolle. Eine angemessene Lebensführung bestand bspw. aus einem Gleichmaß an Schlafen und Wachen, Arbeiten und Wohnen oder intellektueller Beschäftigung und Muße.<sup>88</sup>

Galenos von Pergamon<sup>89</sup> griff die hippokratischen Ideen ca. 150 n. Chr. auf. Er verband die Vier-Elemente-Lehre der Naturphilosophen mit der hippokratischen Vier-Säftelehre. Galen nahm an, dass der menschliche Körper sich aus Blut, Phlegma, gelber sowie schwarzer Galle zusammensetzt. Die vier Körpersäfte standen wiederum in Zusammenhang mit einem Körperorgan: das Blut mit dem Herzen, das Phlegma mit dem Hirn, die gelbe Galle mit der Leber und die schwarze Galle mit der Milz. Für die Organe waren bestimmte Qualitäten charakteristisch (Wärme, Kälte, Feuchtigkeit sowie Trockenheit), die wiederum die vier Grundelemente des Makrokosmos (Feuer, Luft, Wasser und Erde) kennzeichneten. Die ideale Gesundheit beruhte auf dem Gleichgewicht der vier Säfte. Krankheiten entstanden hingegen, wenn die Säfte außer Balance gerieten. Dies galt sowohl für somatische als auch für psychische Erkrankungen. So wurde z. B. „übermäßiger Trübsinn“ auf eine überdurchschnittliche Dominanz der schwarzen Galle zurückgeführt. Heilmethoden waren darauf ausgerichtet, die Säfte wieder in das richtige Gleichgewicht zu bringen. Hier kam in erster Linie die Diätetik<sup>90</sup> zum Tragen. Darüber hinaus wurden bspw. Dampfbäder und Brechmittel genutzt.<sup>91</sup>

Unter dem Krankheitskonzept der Humoralpathologie wurde demnach all jenes als „krank“ beobachtet, was auf einen Verlust des Gleichgewichtes der Körpersäfte hindeutete.

## II. Naturwissenschaftliche Krankheitskonzepte im 19. Jahrhundert

Im 19. Jahrhundert, das vornehmlich durch die Folgen der Industrialisierung gekennzeichnet war, fand auch im Hinblick auf medizinische Krankheitskonzepte ein Umbruch statt. Es war vor allem durch die endgültige Wende von naturphilosophisch geprägten Krankheitskonzepten hin zu naturwissenschaftlichen Krankheitskonzepten geprägt. Die hippokratische bzw. galenische Humoralpathologie fand in diesem

---

88 Vgl. Eckart 2013, S. 16.

89 Im Folgenden verwende ich die deutsche Bezeichnung *Galen*.

90 Um gesund zu bleiben, müsse man, so Galen in Anlehnung an Hippokrates, auf ein ausgewogenes Verhältnis der Körpersäfte achten. Hierfür ist die Balance der *sex res non naturales*: Licht und Luft, Essen und Trinken, Bewegung und Ruhe, Schlafen und Wachen, Ausscheidungen und Gemütsbewegungen entscheidend (vgl. Schipperges 1985, S. 111-117).

91 Vgl. Mirko D. Grmek, *Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter*, München 1996, S. 141f.

Jahrhundert endgültig ihr Ende und wurde vornehmlich von solidarpathologischen<sup>92</sup> Theorien, die bis zur heutigen Zeit größtenteils federführend sind, abgelöst. Einschneidende Ereignisse, die hierfür maßgeblich waren, sind z. B. die Gründung der Zellulärpathologie und der Bakteriologie, welche in engem Zusammenhang mit dem zunehmendem Bedarf an wissenschaftlich fundierter Hygiene entstanden. Die physikalische Messung pathologischer Prozesse rückte angesichts der Verbesserung des technisch-medizinischen Equipments mehr und mehr ins Zentrum des medizinischen Diskurses. Medizin und Philosophie wurden erstmals voneinander getrennt.

Zum Abbruch mit der Humoralpathologie trugen im französischen Raum vor allem François Magendie und sein Schüler Claude Bernard bei. Magendies Postulat, dass alle Lebewesen denselben physikalischen und chemischen Gesetzen unterlägen wie die anorganischen Prozesse, gilt als Auslöser des radikalen Umbruchs in der Krankheitslehre. Die Physik und die Chemie hatten sich im 19. Jahrhundert bereits als anerkannte Wissenschaften etabliert und Magendie forderte im Zuge dessen, dass die Physiologie es ihnen gleich tun solle, da der Organismus in Magendies Augen den gleichen Prinzipien folgte. Geschehen sollte diese Neubegründung, wie es bereits Bacon im 17. Jahrhundert gefordert hatte<sup>93</sup>, auf der Basis des naturwissenschaftlich ausgelegten Experiments.<sup>94</sup>

Ein tragende Rolle im deutschen Raum wurde nebst Johannes Müller Rudolf Virchow zuteil, der die Grundlegung der wissenschaftlichen Pathologischen Physiologie erwirkte. Im Mittelpunkt seiner Krankheitslehre stand in der Mitte des 19. Jahrhunderts die Zellulärpathologie. Virchows zentrale These lautete, dass sich alle Erscheinungsformen physischer Krankheit auf die Veränderung der Körperzellen zurückführen ließen. Jede physiologische Störung besäße, so Virchow, einen kleinsten, lokal definierbaren Anfang. Diesen galt es mithilfe physikalischer Messmethoden zu finden und zu beseitigen.

Philippe Pinel bemühte sich, diese somatische Ätiologie auch für „Geisteskrankheit“ geltend zu machen. „Geisteskranke“ wurden bis ins 18. Jahrhundert gemeinsam mit Kriminellen in Gefängnissen von der Gesellschaft isoliert. Pinel forderte erstmals ihre Behandlung. Diese begründete er darin, dass „Geisteskrankheiten“ im solidarpathologischen Sinn auf neuropathologische Hirnveränderungen zurückzuführen

---

92 Von lat. *solidae* = fest.

93 In Bacons Lehre bildeten Beobachtung, Experiment und induktive Erkenntnisse die Trias wissenschaftlichen Denkens (vgl. Eckart 2013, S. 100).

94 Vgl. Schipperges 1999, S. 127f.

seien.<sup>95</sup>

Auf der Grundlage solidarpathologischer Krankheitskonzepte wird folglich all das vom Medizinsystem als „krank“ beobachtet, was auf eine Dysfunktionalität der festen Körperbestandteile, wie z. B. Organe oder Zellen, hindeutet. Solidarpathologische Elemente finden sich auch in heutigen Krankheitskonzepten wieder. So heißt es im Pschyrembel, dass eine Krankheit eine

„Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen“

sei.<sup>96</sup> Wie in der Definition ersichtlich wird, spielen heute jedoch nebst der objektiven Feststellbarkeit subjektive Wahrnehmungen eine tragende Rolle. So wird auch der Erkrankte selbst als Beobachterdimension einbezogen.<sup>97</sup>

### 3.2 Das Erziehungssystem

Möchte man eine Antwort auf die Frage finden, inwieweit eine medizinische Codierung im Hinblick auf „abweichende“ Verhaltensweisen in den Erziehungswissenschaften fruchtbar gemacht werden kann, so reicht es nicht aus, das Medizinsystem zu beleuchten. Ebenso wichtig ist es, sich mit dem eigenen (Reflexions-)Gegenstand - dem Erziehungssystem - auseinanderzusetzen. Daher werde ich im Folgenden einen exemplarischen Einblick in Funktion, Codierung und Programmierung des Erziehungssystems geben.

#### 3.2.1 Funktion des Erziehungssystems

Die Funktion, die das Erziehungssystem von anderen Teilsystemen der Gesellschaft abgrenzt, ist die Erziehung.<sup>98</sup> Sie ist als Leitaufgabe des Erziehungssystems zu verstehen. Der Begriff der Erziehung ist in den Erziehungswissenschaften umstritten.<sup>99</sup> Unabhängig von den verschiedenen Vorstellungen darüber, was unter Erziehung zu verstehen ist,

95 Vgl. Eckart 2013, S. 169f. sowie S. 187-189 und S. 209f.

96 Willibald Pschyrembel (Hg.), *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch*, begr. von Otto Dornblüth, 266. aktual. Aufl., Berlin; Boston 2014, S. 1150.

97 Eine ausführliche Darstellung des medizinischen Paradigmas des 21. Jahrhunderts findet sich bspw. in: Felix Unger, *Paradigma der Medizin im 21. Jahrhundert*, Heidelberg 2007, S. 87.

98 Vgl. Kraft 2006, S. 209.

99 Vgl. hierzu: Jürgen Oelkers, *Einführung in die Theorie der Erziehung*, Weinheim; Basel 2001, S. 14-34, sowie Helmut Heid, Erziehung, in: Dieter Lenzen (Hg.), *Erziehungswissenschaft. Ein Grundkurs*, 5. Aufl., Hamburg 2002, S. 43-45.

Lenzen macht darauf aufmerksam, dass die Uneinigkeit über die Definition der Leitaufgabe kein genuin erziehungswissenschaftliches Phänomen ist. Er betont, dass auch in anderen Disziplinen keine Einigkeit über ihre Leitaufgabe vorherrscht. So weist er darauf hin, dass z. B. in der Medizin keine Übereinkunft über den Begriff der Heilung vorherrscht (vgl. Dieter Lenzen, *Orientierung Erziehungswissenschaft. Was sie kann, was sie will*, Hamburg 1999, S. 165).

gibt es unterschiedliche Annahmen darüber, wie Erziehung durchzuführen ist und an wen sie sich richtet.<sup>100</sup> Traditionell ist Erziehung in Anlehnung an Schleiermacher auf den Aufgabenbereich der Erziehung der nachwachsenden Generationen begrenzt.<sup>101</sup> Merkmals macht darauf aufmerksam, dass die Aufgaben der Erziehung gegenwärtig bei Betrachtung der Institutionen, die dem Erziehungssystem zugerechnet werden, weitaus breiter gefasst sind. Als Beispiele hierfür nennt er u. a. die Beratung (z. B. die Erziehungsberatung von Eltern) oder die Hilfe (z. B. die Jugendhilfe).<sup>102</sup>

Für die Beobachtung des Erziehungssystems ist von Bedeutung, dass es für die Bestimmung von Codes und Programmen einer Festlegung auf eine Funktion bedarf. Die Funktion definiert sich wiederum darüber, mit welchen Operationen sich ein Teilsystem von anderen abgrenzt. Wenn die Operationen sich in Form von Erziehung realisieren, muss Erziehung in irgendeiner Form definiert sein. Luhmann schlägt daher folgende Definition vor:

„Als Erziehung haben alle Kommunikationen zu gelten, die in der Absicht des Erziehens in Interaktionen aktualisiert werden.“<sup>103</sup>

Er betont im Rahmen dieser Definition insbesondere den Absichtscharakter. Hier grenze sich, so Luhmann, Erziehung von der absichtslosen Sozialisation ab. So stellt er in weiteren Ausführungen heraus, dass Erziehung eingerichtet wird, „um das zu ergänzen oder zu korrigieren, was als Resultat von Sozialisation zu erwarten ist.“<sup>104</sup> Die Operationen des Erziehungssystems sind, Luhmanns Definition folgend, dadurch gekennzeichnet, dass eine Person<sup>105</sup> (der Erzieher) einer anderen Person (dem Zu-Erziehenden) mit Hilfe von Kommunikation etwas ver- bzw. übermitteln will, das als eine Form der Ergänzung bzw. Korrektur dienen soll. Entscheidend ist dabei, dass es unter Berücksichtigung des Technologiedefizits<sup>106</sup> „kaum noch möglich ist, Erziehung als erfolgswirksames Han-

---

100 Eine Übersicht unterschiedlicher Erziehungsdefinitionen verschiedener Theorierichtungen findet sich bei Lenzen 1999, S. 166-176.

101 Vgl. Andreas Lischewski, *Meilensteine der Pädagogik. Geschichte der Pädagogik nach Personen, Werk und Wirkung*, Stuttgart 2014, S. 247-269 (insbes. S. 250f.).

102 Vgl. Hans Merkmals, Erziehungssystem im Wandel. Zu den Problemen der Veränderung seiner Grenzen und des Verhältnisses von Fremd- und Selbstreferenz, in: Yvonne Ehrenspeck; Dieter Lenzen (Hg.), *Beobachtungen des Erziehungssystems. Systemtheoretische Perspektiven*, Wiesbaden 2006, S. 76-94 (hier: S.77).

103 Luhmann 2002, S. 54.

104 Ebd.

105 Luhmann macht einen Unterschied zwischen den Begriffen Mensch und Person. „Die Form, die es ermöglicht, im Zusammenhang gesellschaftlicher Kommunikation von den Systemdynamiken des Einzelmenschen abzusehen, wollen wir als 'Person' bezeichnen. Dieser Begriff wird damit durch den Unterschied zum empirischen Menschen definiert“ (Luhmann 2002, S. 28).

106 Luhmann und Schorr bezeichnen mit dem Begriff des Technologiedefizits den Umstand, dass es in Erziehungskontexten (allg. sozialen Systemen) nicht möglich ist, mit bestimmten Interventionen (allg. Technologien) bestimmte Erziehungsziele (allg. Outputs) zu erreichen. So heißt es bei Luhmann

deln zu begreifen.“<sup>107</sup> Die eigentliche Funktion von Erziehung besteht deshalb darin, eine Absicht mitzuteilen. Was der Zu-Erziehende mit dieser Absicht macht, ist unvorhersehbar. Lenzen spitzt dies zu, indem er postuliert: „Erziehung besteht eigentlich in der Paradoxie, durch ihre Mitteilung vermeidbar zu sein.“<sup>108</sup>

Beide, Medizin- und Erziehungssystem, dienen in ihrer Funktion der Gesellschaft also dahingehend, dass sie etwas außerhalb des eigenen Systems verändern wollen. Die Krankenbehandlung hat zum Ziel, einen Körperzustand ändern zu wollen. Die Erziehung zielt hingegen auf die Veränderung von Bewusstseinszuständen ab.<sup>109</sup>

### 3.2.2 Codierung des Erziehungssystems

Während das Medizinsystem über einen eindeutigen binären Code verfügt, „ist es ungleich schwerer auszumachen, wo im Erziehungssystem der Code liegen könnte.“<sup>110</sup>

Dies schließt möglicherweise an die obigen Beobachtungen an: Wenn keine einheitliche Operationalisierung des Erziehungsbegriffs gefunden wird, kann höchstwahrscheinlich auch keine einheitliche Codierung ausgemacht werden, da beide voneinander abhängig sind.<sup>111</sup> Es sind dementsprechend unterschiedliche Codevorschläge, wie z. B. „bestanden/nicht bestanden“, „Wissen/Nicht-Wissen“ oder „perfektibel/nicht-perfektibel“, im Gespräch. Als Nebencodes, die anderen Funktionssystemen entnommen werden, dienen Unterscheidungen wie „wahr/unwahr“, „gewinnen/verlieren“ oder, wie bereits erörtert, „krank/gesund“.<sup>112</sup>

Auch Luhmann macht in seinem Aufsatz *Codierung und Programmierung. Bildung und Selektion des Erziehungssystems* auf den Umstand aufmerksam, dass die Zuordnung eines Codes für das Erziehungssystem besondere Schwierigkeiten bereite. Er führt dies

---

und Schorr: „Da es keine für soziale Systeme ausreichende Kausalgesetzlichkeit, da es mit anderen Worten keine Kausalpläne der Natur gibt, gibt es auch keine objektiv richtige Technologie, die man nur erkennen und dann anwenden müßte. Es gibt lediglich operativ eingesetzte Komplexitätsreduktionen, verkürzte, eigentlich 'falsche' Kausalpläne, an denen die Beteiligten sich selbst in bezug auf andere Beteiligte orientieren. *Das ist die einzige Basis jeder möglichen Technologie* [Hervorhebung durch die Autoren]“ (vgl. Niklas Luhmann; Eberhard Schorr, *Das Technologiedefizit der Erziehung und die Pädagogik*, in: ders., *Zwischen Technologie und Selbstreferenz. Fragen an die Pädagogik*, Frankfurt a. M. 1982, S. 11-40 (hier: S. 19)).

107 Niklas Luhmann; Karl Eberhard Schorr, *Reflexionsprobleme im Erziehungssystem*, Frankfurt a. M. 1988, S. 31.

108 Lenzen 1999, S. 74-75.

109 Vgl. Kraft 2006, S. 214.

110 Ebd., S. 211.

111 Luhmann weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Pädagogik sich vordergründig darum bemüht habe, Ziele und Methoden (Programme) richtiger Erziehung herauszuarbeiten (vgl. Luhmann 2004, S. 27).

112 Vgl. Fuchs 2007, S. 76.

Fuchs merkt dazu an, dass „diese Vielzahl Symptom der Beobachtungskrise ist, in der das System [gemeint ist die Erziehungswissenschaft] selber steckt“ (ebd., Fn 20).

darauf zurück, „dass für das Erziehungssystem kein besonderes symbolisches Kommunikationsmedium (wie Wahrheit oder Geld) entwickelt worden ist“.<sup>113</sup> Diesen Umstand begründet er darin, dass im Funktionsbereich der Erziehung das Problem und der angestrebte Erfolg nicht in der Kommunikation, sondern in der Änderung der Umwelt - in den Bewusstseinsstrukturen der Person(en) - läge.<sup>114</sup> Hier unterscheidet sich, so Luhmann, das Erziehungssystem grundlegend von anderen Teilsystemen der Gesellschaft.<sup>115</sup> Da Luhmann jedoch davon ausgeht, dass die Differenzierung von Codierung und Programmierung mit einer funktionalen Differenzierung einhergeht, muss dieser Annahme folgend auch für das Erziehungssystem eine spezifische Codierung identifiziert werden können. So schlägt er vor, dass im Erziehungssystem die soziale Selektion codiert werde. Diese entfalte sich, so Luhmann, in der binären Struktur „besser und schlechter“ im Hinblick auf die Förderung der systeminternen Karriere (vgl. Abb. 3). Positive und negative Bewertungen formulieren die Voraussetzung für eine weitere Teilnahme am System.<sup>116</sup> Der Designationswert „besser“ regelt die Anschlussfähigkeit im System. Der designationsfreie Wert „schlechter“ erfüllt die „Kontingenzzreflektion“. Wenn bspw. ein Kind immer wieder als „schlechter“ beobachtet wird, bedarf es einer besonderen Behandlung, die über Erziehung hinausgeht, z. B. einer heilpädagogischen Hilfe.<sup>117</sup>

	Codierung	Programmierung
Reflexion der Einheit	Karriere	Bildung
Strukturierung der Operation	positiv/negativ	Lehr- und Lernpläne

Abbildung 3: Codierung und Programmierung des Erziehungssystems<sup>118</sup>

113 Luhmann 2004, S. 27.

114 Vgl. Kraft 2006, S. 209.

115 Kraft weist darauf hin, dass das Medizinsystem ebenfalls über kein symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium verfügt, da dieses ebenfalls versucht, Veränderungen in der Umwelt (im Körper) vorzunehmen (vgl. Kraft 2006, S. 209). Luhmanns Argumentation ist daher an dieser Stelle möglicherweise fragwürdig, da das Medizinsystem trotz des nicht vorhandenen symbolisch generalisierten Kommunikationsmediums einen eindeutigen Code entwickelt hat.

116 Vgl. Luhmann 2004, S. 32f.

117 Vgl. Kraft 2006, S. 212.

118 Luhmann 2002, S. 41.

Die Codierung „besser/schlechter“ widerruft Luhmann im Rahmen seiner Untersuchung *Das Erziehungssystem der Gesellschaft*. Erziehung definiert er hier nicht mehr wie zuvor als Selektionstechnik, sondern, wie bereits weiter oben erläutert, als Absicht zu erziehen. Die Absicht zu erziehen sei

„vor allem an Handlungen erkennbar, mit denen der Erzieher versucht, Wissen und Können an jemanden zu vermitteln, der darüber noch nicht verfügt.“<sup>119</sup>

Luhmann verwendet im Folgenden, in Anlehnung an einen Vorschlag von Jochen Kade<sup>120</sup>, die Codierung „vermittelbar/nicht vermittelbar“. Vorteil dieser Codierung sei, so Luhmann, dass in ihm noch keine „Festlegung auf bestimmte Arten von Zöglingen oder bestimmte Arten von Themen“<sup>121</sup> läge. Der Code „vermittelbar/nicht-vermittelbar“ beruhe nicht „auf einer Charakterisierung der Zöglinge nach ihren 'guten' bzw. 'schlechten' Leistungen. Sein Bezugspunkt ist vielmehr die Operation des Vermittelns.“<sup>122</sup> Der Code „besser/ schlechter“ tritt als nachgeordnete Codierung ins zweite Glied.

Benner begrüßt Luhmanns Änderung des Codes. Er betont:

„Luhmann erkennt damit an, was die Pädagogik seit langem wusste, dass nämlich die Professionalität des Lehrers nicht darin aufgeht, bessere von schlechteren Schülern zu unterscheiden, sondern sich darauf bezieht, Lernprozesse Heranwachsender zu fördern und zu unterstützen.“<sup>123</sup>

Kraft, der sich im Gegensatz zu Luhmann weniger auf das Bildungssystem konzentriert, ergänzt die von Luhmann vorgeschlagenen Codes. Er schlägt in Anlehnung an Pranges operative Pädagogik den Code „zeigbar/nicht zeigbar“ vor.<sup>124</sup> Dieser würde es ermöglichen, „in den Operationen selbst Wissen und Moral im Sinne didaktischer Emergenz zu verschmelzen.“<sup>125</sup> Diese Form der Unterscheidung stärke, so Kraft, zum einen die Abgrenzung von Erziehung und Bildung. Zum anderen eröffne sie

„in disziplinärer Hinsicht bessere Möglichkeiten, die Allgemeine Pädagogik systematisch als Einheit von Differenzen zu bestimmen, also die Erziehungswissenschaft reflexiv zusammenzuhalten, und zwar nicht dogmatisch, sondern funktional.“<sup>126</sup>

---

119 Luhmann 2002, S. 59.

120 Vgl. hierzu: Jochen Kade, Vermittelbar/nicht-vermittelbar. Vermitteln: Aneignen. Im Prozeß der Systembildung des Pädagogischen, in: Dieter Lenzen; Niklas Luhmann (Hg.), *Bildung und Weiterbildung im Erziehungssystem. Lebenslauf und Humatogenese als Medium und Form*, Frankfurt a. M. 1997, S. 30-70.

121 Luhmann 2002, S. 59.

122 Ebd., S. 60.

123 Dieter Benner, [Rezension], Niklas Luhmann: *Das Erziehungssystem der Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2002. , in: *Zeitschrift für Pädagogik*, 49 (2003), Heft 1, S. 151-155 (hier: S. 153).

124 Zur operativen Pädagogik bei Prange vgl. Klaus Prange, *Die Zeigestruktur der Erziehung, Grundriss der operativen Pädagogik*, 2. Aufl., Paderborn 2005.

125 Kraft 2006, S. 212.

126 Volker Kraft, *Pädagogisches Selbstbewusstsein. Studien zum Konzept des Pädagogischen Selbst*, Paderborn u. a. 2009, S. 159.

An den Codierungsvorschlägen von Luhmann und Kraft wird deutlich, wie schwierig es sich gestaltet, dem Erziehungssystem einen spezifischen Code zuzuweisen. Wenn man bedenkt, dass die Aufgabe des Codes darin besteht, das „Dazugehörige“ vom „Nichtzugehörigen“ zu unterscheiden und somit das Erziehungssystem von seiner Umwelt zu unterscheiden, so kann es für die Erziehungswissenschaft m. E. fruchtbar sein, sich dieser Problematik weiterhin zuzuwenden.<sup>127</sup>

Möglicherweise könnte der Umstand, dass das Erziehungssystem keinen scharfen Code entwickelt hat<sup>128</sup>, auch eine Erklärung dafür anbieten, warum es im Kontext kindlicher Verhaltensweisen auf den „Fremdcode“ „krank/gesund“ zurückgreift. Es fehlt ihm an einem eigenen Code, der die gleichen Funktionen wie die medizinische Codierung erfüllen kann.

### **3.2.3 Programmierung des Erziehungssystems**

Ebenso wie medizinischen Krankheitskonzepten der Code „krank/gesund“ zugrunde liegt, so stehen Programme des Erziehungssystems in Abhängigkeit zur Codierung. Da die Zuweisungen eines Codes für das Erziehungssystem variieren, werden entsprechend unterschiedliche Programme im Erziehungssystem beobachtet.

Zieht man bspw. den Luhmannschen „Selektions-Code“ heran, braucht es Methoden, die Kriterien für die Zuweisung der Codewerte „besser/schlechter“ zur Verfügung stellen. Hierzu zählen bspw. in Schulen Lehr- und Lernpläne (vgl. Abb. 3) oder an Universitäten die Studienordnung. An diese knüpfen wiederum Klassenarbeiten bzw. Klausuren und die damit in Verbindung stehende Notengebung an.<sup>129</sup> So werden Schüler mit guten Noten im Hinblick auf die systeminterne Karriere als „gut“ beobachtet und Schüler mit schlechten Noten als „schlecht“. Nimmt man stattdessen den „Wissens-Code“ mit seiner Unterscheidung „vermittelbar/nicht vermittelbar“ als Grundlage, so fungieren didaktische Konzepte in Bezug auf Lehr- und Lernprozesse als Programme.<sup>130</sup> Sie legen die Bedingungen für die Unterscheidung in „gute“ bzw. „schlechte“ Wissensvermittlung fest. Am historischen Rückblick auf medizinische Krankheitskonzepte hat sich bereits zeigen können, dass sich Programme im Laufe der Zeit ändern können. Dies gilt auch

---

127 Die Zuweisung eines Codes ist für Luhmann unabdingbar, um von einem funktionalen Teilsystem der Gesellschaft sprechen zu können. Möglicherweise stellt sich die Frage, ob das Erziehungssystem unter Luhmanns Definition überhaupt ein eigenes Funktionssystem sein kann.

128 Kraft betont, dass das Erziehungssystem im Gegensatz zum Medizinsystem „lediglich“ über einen „weichen“ Code verfügt (vgl. Kraft 2006, S. 209).

129 Vgl. Luhmann 2002, S. 41f.

130 Vgl. ebd., S. 39.



für die Programme des Erziehungssystems wie z. B. didaktische Konzepte. In keiner Schule wird man heutzutage Schläge als Methode zur „guten“ Wissensvermittlung beobachten.

#### 4. Zwischenfazit

Den Ausgangspunkt der Luhmannschen Systemtheorie, die auf der erkenntnistheoretischen Grundlage des „operativen Konstruktivismus“ fußt, bildet die „System-Umwelt-Differenz“. So baut auch Luhmanns Gesellschaftstheorie auf „System-Umwelt-Differenzen“ auf. Sie basiert auf der Hypothese, dass sich das soziale System der modernen Gesellschaft in funktionale Teilsysteme ausdifferenziert. Jedem autonomen Teilsystem werden spezifische Funktionen zuteil. Diese grenzen es zu seinen Umwelten, z. B. zu anderen Teilsystemen, ab. So erfüllt das Medizinsystem die Funktion der Krankenbehandlung und das Erziehungssystem die Funktion der Erziehung. Auf Basis dieser Leitaufgabe entwickeln die Teilsysteme der Gesellschaft unterschiedliche binäre Codierungen. Diese legen in Abgrenzung zur Umwelt die Einheit des Systems fest und bestimmen, wie ein Funktionssystem die eigenen Operationen (und die der anderen Teilsysteme) beobachtet. Auf Grundlage des systemspezifischen Codes entwickeln die Teilsysteme Programme. Diese setzen fest, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um Beobachtungen dem einen oder dem anderen Wert des Codes zuzuordnen. So liefern z. B. Programme des Medizinsystems Bedingungen dafür, was das System als „krank“ oder „gesund“ beobachtet. Man könnte der Übernahme von „Fremdcodes“ in ein Teilsystem, so auch der Übernahme des Codes „krank/gesund“ in das Erziehungssystem, demnach kritisch gegenüber stehen. Inwieweit sollte ein Code, der die Funktion der Krankenbehandlung „sortiert“, dem Erziehungssystem, welches die Funktion der Erziehung erfüllt, dienlich sein? Luhmanns Theorie zufolge liefe das Erziehungssystem durch die Aneignung eines Fremdcodes möglicherweise sogar Gefahr, sich gänzlich aufzulösen. Dafür müsste dieser allerdings an die Stelle der Erstdcodierung treten.

Bei einer solchen Kritik bliebe jedoch der Umstand unberücksichtigt, dass es sich bei dem Erziehungssystem um ein soziales System handelt, welches sich durch eine autopoietische und „sinngeladete“ Organisationsform auszeichnet. Folglich wird der Code „krank/gesund“ nur deshalb vom Erziehungssystem adaptiert, weil er dort irgendeine Form des „sinnhaften“, kommunikativen Anschlusses findet. Wie genau dieser Anschluss aussehen könnte, kann von außen nur gemutmaßt werden, da das Erziehungssystem - wie alle anderen Systeme - für die Umwelt intransparent ist.<sup>131</sup> Eine Möglich-

---

131 Luhmann postuliert, dass Systeme insofern intransparent sind, als dass sie „nur“ auf der Basis der systeminternen Struktur determiniertheit und Selbstreferenz operieren können. Umwelten haben daher keinen Einblick in das System. So haben bspw. soziale Systeme keinen Einblick in psychische Systeme (die eine Umwelt des sozialen Systems darstellen), da sie unterschiedlich operieren (das eine kommuniziert, das andere denkt). Vgl. hierzu ausführlich: Niklas Luhmann, *Systeme verstehen Systeme*, in: ders.; Eberhard Schorr, *Zwischen Intransparenz und Verstehen*, Frankfurt a. M. 1986b, S.

keit, sich dennoch einen Einblick in denkbare Anschlüsse im System zu verschaffen, kann die „funktionale Analyse“ sein. Sie erlaubt es, jede Funktion als kontingent und mit anderen vergleichbar zu erfassen. Die grundlegende Frage für den Beobachter lautet dann: Für welches Problem könnte die Übernahme des Codes eine Lösung sein? Ziel dieser Analyse ist es, mögliche äquivalente Funktionen aufzudecken.<sup>132</sup> Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird eine funktionale Analyse am Beispiel des medizinischen „Verhaltensstörungskonzeptes“ aufgezeigt werden.

Von weiterer Relevanz für die Forschungsfrage kann der Umstand sein, dass sich die Bezeichnungen „krank“ und „gesund“ - aus systemtheoretischer Perspektive - nicht auf „tatsächliche“ Körperzustände beziehen. Sie stehen vielmehr für die Werte des Codes, den das Medizinsystem nutzt, um seine internen Operationen zu beobachten und zu sortieren. Was das Medizinsystem als „krank“ beobachtet, wird, wie bereits erläutert, durch systemspezifische Programme, zu denen bspw. Krankheitskonzepte gehören, entschieden. Diese Programme können einem Wandel unterliegen, der an das jeweils vorherrschende medizinische Paradigma gebunden ist. Humoralpathologische Konzepte unterscheiden sich z. B. grundlegend von solidarpathologischen Konzepten. Somit unterscheiden sich auch die Beobachtungen dahingehend, was im Rahmen dieser Konzepte den Codewerten „krank“ oder „gesund“ zugeordnet wird. Dementsprechend ist die Unterscheidungsgrundlage dessen, was das Medizinsystem aktuell als „krank“ oder „gesund“ beobachtet, keine „in der Welt vorhandene Tatsache“, sondern vielmehr eine konsensuale Beobachterkonstruktion. In der Antike wurde z. B. Homosexualität nicht als „krank“ beobachtet, da die medizinischen Programme diese nicht der (Beobachtungs-)Kategorie „krank“ zuordneten. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurde Homosexualität jedoch im Rahmen medizinischer Krankheitskonzepte in Form einer psychischen Störung als krankhafte Sexualorientierung definiert. Folglich wurde Homosexualität lange Zeit aus medizinischer Perspektive als „krank“ beobachtet. 1991 wurde sie in Deutschland wieder aus dem ICD 10 entfernt. Dementsprechend wird ein homosexueller Mensch heutzutage nicht mehr als „krank“ beobachtet.<sup>133</sup>

---

72-117.

132 Luhmann definiert die funktionale Analyse wie folgt: „Die funktionale Analyse benutzt Relationierungen mit dem Ziel, Vorhandenes als kontingent und Verschiedenartiges als vergleichbar zu erfassen. Sie bezieht Gegebenes, seien es Zustände, seien es Ereignisse, auf Problemgesichtspunkte, und sucht verständlich und nachvollziehbar zu machen, daß das Problem so oder auch anders gelöst werden kann. Die Relation von Problem und Problemlösung wird dabei nicht um ihrer selbst willen erfasst; sie dient vielmehr als Leitfaden der Suche nach funktionalen Äquivalenten“ (Luhmann 1984, S. 83f.).

133 Vgl. Pia Voss, Homosexualität: Diskriminierung gibt es noch immer, in: *Ärzteblatt*, 4 (2005), S. 27f. (hier: S. 27), online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/44972/Homosexualitaet-Diskriminierung-gibt-es-noch-immer>, letzter Zugriff am 07.06.2017.

Möchte man die Unterscheidungsgrundlage „krank/gesund“ für pädagogische Kontexte nutzen, kann die Relativierung von Krankheitskonzepten eine wichtige Erkenntnisgrundlage sein. Für das Beobachten von „schwierigen“ Verhaltensweisen würde dies bedeuten, dass ein „schwieriges“ Kind, nicht „krank“ *ist*, sondern dass es durch die aktuellen Programme, die für die Unterscheidungsoperationen des Medizinsystems genutzt werden, als „krank“ *beobachtet* wird. Dieser Umstand schließt sodann nicht aus, dass ein anderes System - z. B. das Erziehungssystem - für die „schwierigen“ Verhaltensweisen eines Kindes andere Unterscheidungen auf Basis anderer Codes und Programme vornehmen könnte. Eine genuin erziehungswissenschaftliche Unterscheidungsgrundlage im Hinblick auf kindliche Verhaltensweisen wäre möglicherweise auch dahingehend fruchtbar für das Erziehungssystem, als dass es sich durch eine eigene Codierung besser zu seiner Umwelt (hier: im Speziellen zum Medizinsystem) abgrenzen und sich somit in seiner eigenen Funktion stärker positionieren könnte. So schreibt Luhmann:

„Nach einer allgemeinen systemtheoretischen Regel ist die Ausdifferenzierung eines Systems die notwendige Voraussetzung für jede interne Differenzierung. Ebenso gilt aber auch umgekehrt, dass eine interne Differenzierung die Ausdifferenzierung verfestigt, zumindest dann, wenn sie nicht genau an Unterschiede anknüpft, die sie in der Umwelt vorfindet.“<sup>134</sup>

Des Weiteren konnte beobachtet werden, dass medizinische Krankheitskonzepte, wie bspw. das bis heute dominierende solidarpathologische Konzept, körper- bzw. personen-gebunden sind. Eine Krankheit ist aus medizinischer Perspektive „etwas“, das im Körper (oder der Psyche) eines Individuums zu lokalisieren und dort zu beseitigen ist. Der Bezugspunkt des Medizinsystems ist demnach vordergründig die Veränderung des menschlichen Körpers. Das Erziehungssystem ist hingegen auf Veränderungen von Bewusstseinszuständen ausgerichtet. Um diese Veränderungen zu erreichen, werden Interaktionen bzw. Kommunikationen genutzt.<sup>135</sup> Diese sind kontextgebunden.<sup>136</sup> Es stellt sich in diesem Zusammenhang möglicherweise die Frage, ob personengebundene Unterscheidungskriterien im Hinblick auf die Operationen der Erziehung ausreichend sein können oder ob es eventuell einer Ergänzung medizinischer Perspektivierungen bedarf, welche den Kontext nicht unberücksichtigt lässt. Eine systemtheoretische Betrachtungsweise könnte eine solche Ergänzung sein. Im Rahmen dieser Arbeit werde ich daher mögliche Chancen einer systemtheoretischen Perspektivierung am Beispiel „abweichender“ kindlicher Verhaltensweisen aufzeigen.

---

134 Luhmann 2002, S. 138.

135 Vgl. Kraft 2006, S. 214.

136 Vgl. Palmowski 2015, S. 38.

## **5. Zur Übernahme medizinischer Perspektivierungen im erziehungswissenschaftlichen Diskurs: „Verhaltensstörungen“ als Erklärungsmodell**

Der Begriff der „Verhaltensstörung“ wurde erstmals 1956 von Graefe in den erziehungswissenschaftlichen Diskurs hineingetragen.<sup>137</sup> Er löste dort Bezeichnungen wie z. B. „verwahrlost, verwildert, erziehungsschwierig, erziehungshilfebedürftig oder gemeinschaftsschwierig“ ab.<sup>138</sup> In den 60er Jahren setzte er sich sowohl in der damaligen DDR als auch in der BRD im amtlichen Sprachgebrauch bildungspolitischer Instanzen und Gremien sowie in der Fachsprache erziehungswissenschaftlicher Veröffentlichungen durch.<sup>139</sup> In den 70er Jahren avancierte er zur begrifflichen Grundlage der „Verhaltensgestörtenpädagogik“. In den 80er und 90er Jahren setzte sich der Verhaltensstörungsbegriff im erziehungswissenschaftlichen Diskurs gegen Alternativbezeichnungen, wie z. B. „Verhaltensauffälligkeit“ oder „Integrationsbehinderung“, durch.<sup>140</sup> Hillenbrand weist in Anlehnung an Stein darauf hin, dass er bis heute der „dominierende Terminus“ im Kontext „schwieriger“ Kinder sei.<sup>141</sup>

Seinen Ursprung findet der Begriff der „Verhaltensstörung“ (behavior disorder) im Jahr 1950 auf dem 1. Weltkongress der Psychiatrie, wo er als Oberbegriff für alle „Abwegigkeiten der Handlungen und Haltungen von den einfachsten 'Ungezogenheiten', dem Ungehorsam, dem Jähzorn, den Tics, den Eß- und Schlafstörungen bis zu dem schwersten Formen der Verwahrlosung und Kriminalität“<sup>142</sup> eingeführt wurde. Es handelt sich demnach um einen genuin medizinischen Begriff, der zunächst in der Psychologie und dann in der Erziehungswissenschaft adaptiert wurde.<sup>143</sup>

Im Folgenden möchte ich aufzeigen, dass nicht nur der medizinische Begriff der „Verhaltensstörung“ als solcher in den erziehungswissenschaftlichen Diskurs übernommen wurde, sondern mit ihm die medizinische Perspektivierung, welche hinter diesem Begriff steckt. Hierzu zählt z. B. die „Symptom-Idee“, welche auf der medizinischen Leitunterscheidung „krank“ und „gesund“ fußt. Im Anschluss werde ich denkbare Funktionen und mögliche Grenzen dieser medizinischen Perspektivierung in pädagogischen Kontexten ausleuchten. Abschließend werde ich eine systemtheoretische Sicht auf „abweichende“ Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen vorstellen. Diese kann

---

137 Vgl. Schwarz 2004, S. 36.

138 Vgl. Hillenbrand 2008, S. 29.

139 Vgl. Myschker 2005, S. 42.

140 Vgl. ebd., S. 41f.

141 Vgl. Hillenbrand 2008, S. 31.

142 Wiesenhütter 1963, S. 108.

143 Vgl. Störmer 2013, S. 13.

möglicherweise für die pädagogische Theorie und Praxis eine nutzbringende Ergänzung zu medizinisch perspektivierten Konzepten sein.

### 5.1 Das medizinische „Verhaltensstörungskonzept“

Im Pschyrembel wird „Verhaltensstörung“ wie folgt definiert:

„Diagnostisch unscharfer Sammelbegriff für das andauernde oder häufig wiederholte Auftreten verschiedener sozial unangepasster bzw. nicht der Kulturnorm entsprechender Verhaltensweisen. Verhaltensstörungen kommen häufig in Verbindung mit psychischen Störungen vor.“<sup>144</sup>

Der Begriff der „Verhaltensstörung“, der in enge Verbindung zu psychischen Störungen gesetzt wird, bezeichnet demnach als Oberbegriff verschiedenste Ausprägungen „sozial unangepasster bzw. nicht der Kulturnorm entsprechender Verhaltensweisen“. Entscheidend ist, dass das „gestörte“ Verhalten ständig oder zumindest mehrfach gezeigt werden muss, um von einer „Verhaltensstörung“ zu sprechen.

Aus medizinischen Sicht gibt es nicht *die* Verhaltensstörung. Sie muss vielmehr in ihrer Erscheinungsform weiter expliziert werden. Dies geschieht mit Zuhilfenahme von Klassifikationskatalogen wie dem ICD oder dem DSM<sup>145</sup>. Dort wird in Form von operationalisierten Symptomen festgehalten, welche Verhaltensweisen unter „sozial unangepasst“ bzw. „nicht der Kulturnorm entsprechend“ fallen. In der aktuellen Ausgabe des ICD, dem ICD 10, findet man die Auflistung dieser Symptome vornehmlich in Kapitel V (F00-F99). Sie werden dort als „psychische und Verhaltensstörungen“ gebündelt. Von besonderer Relevanz für die „Verhaltensstörungen“ bei Kindern und Jugendlichen sind dabei die Code-Bereiche F80-89 („Entwicklungsstörungen“) sowie F90-98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend).<sup>146</sup>

Bei dem medizinischen „Verhaltensstörungskonzept“ handelt es sich um ein personen- gebundenes Konzept.<sup>147</sup> Im Zentrum der Beobachtung steht das Kind bzw. seine Verhaltensweisen. Der Kontext, in dem das Verhalten auftritt, findet im ICD 10 keine Beachtung. Über die Ursachen oder mögliche therapeutische Maßnahmen werden im ICD 10

---

144 Pschyrembel 2014, S. 2245.

145 Das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (deutsch: Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen) liegt seit 2013 in der 5. Auflage vor. Es wird seit 1952 von der Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA) in den U.S.A. herausgegeben.

146 Von Relevanz für das Jugendalter sind darüber hinaus die „Essstörungen“ unter F50, welche unter „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (F50-59) geführt werden.

147 Palmowski weist darauf hin, dass in einigen Veröffentlichungen die Begriffe personen- gebundenes, mechanistisches oder medizinisches Modell als Synonyme genutzt werden (vgl. Palmowski 2015, S. 45). Das mechanistische Modell geht auf René Descartes zurück. Dieser postulierte, dass der Organismus in Analogie zur gesamten von Gott geschaffenen Welt wie eine Maschine funktioniere. So verglich er bspw. den menschlichen Körper mit einer Uhr, deren Funktionieren von der Anordnung der Räder und Gewichte abhängt (vgl. Schipperges 1999, S. 98).

ebenfalls keine Aussagen getroffen.<sup>148</sup>

Wie bereits der historische Rückblick auf Krankheitskonzepte zeigen konnte, werden in der Medizin für die Entstehung von Krankheiten im Laufe der Zeit unterschiedliche Erklärungsmodelle herangezogen. Im Kontext der „Verhaltensstörungen“ reichen heutige Erklärungen von solidarpathologischen Annahmen, die davon ausgehen dass eine neurobiologische Schädigung im Körper vorliegt<sup>149</sup>, bis hin zu multifaktoriellen, biopsychosozialen Modellen, wie z. B. das Vulnerabilitäts-Stress-Modell.<sup>150</sup> Sie alle haben jedoch gemeinsam, dass die „Verhaltensstörung“ im Sinne einer Krankheit<sup>151</sup> im Individuum zu verorten und dort zu beseitigen ist.<sup>152</sup> Tomm spricht davon, dass die Beschreibung von Störungen in individualistischen Annahmen verbleiben. Weiter merkt er an, dass „psychische Störungen innerhalb des Menschen wie ein 'Etwas' lokalisiert [werden], das dort von Experten festgestellt wird.“<sup>153</sup>

Die Personengebundenheit medizinischer Perspektivierung soll im Folgenden am Beispiel der sogenannten Hyperkinetischen Störungen verdeutlicht werden. Sie werden im ICD 10 folgendermaßen definiert:

Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.<sup>154</sup>

Das Kind als Lokalisationsort der „Hyperkinetischen Störung“ steht bei der vorliegen-

---

148 Vgl. Jochen Schweitzer; Arist von Schlippe, *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen*, Göttingen 2007b, S. 26.

149 Vgl. hierzu: Helga Simchen, *Verunsichert, ängstlich, aggressiv. Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen - Ursachen und ihre Folgen*, Stuttgart 2008, insbes. S. 29-33.

150 Vgl. hierzu: Gerhard Dieter Ruf, *Vom Krankheitsmodell zum Lösungsmodell. Eine systemische Nutzung psychiatrischer Begriffe*, Göttingen 2009, S. 359f.

151 Der Begriff der Krankheit wird in der Medizin zunehmend - insbesondere in psychischen Kontexten - durch den Störungsbegriff ersetzt. Begründet wird der Begriffswechsel darin, dass sich der Begriff der Störung zum alltagsgebräuchlichen Krankheitsbegriff durch ein höheres Maß an Neutralität abgrenze (vgl. Renate Harter-Meyer; Monika Weidenbach, *Bildung und Krankheit: Herausforderungen für Lehrkräfte*, Hamburg 2001, S. 42).

152 Vgl. Schweitzer; von Schlippe 2007b, insbes. S. 11 und S. 26 sowie Palmowski 2015, insbes. S. 47 und S. 60f.

153 Karl Tomm, *Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie*, Heidelberg 2001, S. 208.

154 ICD-10-GM-2017, Kapitel V, F90.-, online verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F90-.html>, letzter Zugriff am 28.08.2017.

den Definition im Vordergrund. Die Diagnose wird anhand seines Verhaltens oder seiner Eigenschaften gestellt. So *haben* „hyperkinetisch gestörte“ Kinder per Definition beobachtbare Tendenzen (z. B. ein Mangel an Ausdauer) oder eine bestimmte Form der Aktivität (z. B. desorganisiert). Sie *sind* achtlos und impulsiv. Die Beziehungen zu Erwachsenen sind einseitig perspektiviert. Sie sind durch ein „Fehlverhalten“ (z. B. Mangel an Zurückhaltung) des Kindes geprägt.<sup>155</sup>

Auch der DSM V operiert personengebunden. Hier wird die „Hyperkinetische Störung“ in Form der „ADHS“ weiter ausdifferenziert. Damit eine „ADHS“ diagnostiziert werden kann, muss eine vorgegebene Anzahl von Symptomen unterschiedlicher Kategorien (Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität) erfüllt sein (vgl. Abb. 4). Die drei Unterkategorien werden mit „Die Kinder...“ eingeleitet. So heißt es bspw. „Die Kinder sind bei alltäglichen Aktivitäten häufig vergesslich“. An dieser Formulierung wird die personengebundene Perspektivierung deutlich.

Kriterium	Erläuterung
<b>Unaufmerksamkeit</b>	Mindestens 6 der folgenden Symptome: Die Kinder... <ul style="list-style-type: none"> <li>• sind unaufmerksam gegenüber Details (Sorgfaltsfehler).</li> <li>• können Aufmerksamkeit nicht aufrechterhalten.</li> <li>• hören scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird.</li> <li>• können Erklärungen nicht folgen, Pflichten nicht erfüllen.</li> <li>• können Aufgaben und Aktivitäten nicht organisieren.</li> <li>• vermeiden Aufgaben mit geistigem Durchhaltevermögen.</li> <li>• verlieren häufig wichtige Gegenstände.</li> <li>• werden häufig von externen Stimuli abgelenkt.</li> <li>• sind bei alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.</li> </ul>
<b>Überaktivität</b>	Mindestens 3 der folgenden Symptome: Die Kinder... <ul style="list-style-type: none"> <li>• fuchteln mit Händen und Füßen, winden sich am Platz.</li> <li>• stehen vom Platz auf, auch wenn es nicht erlaubt ist.</li> <li>• laufen häufig herum oder klettern exzessiv.</li> <li>• sind häufig unnötig laut beim Spielen.</li> </ul>
<b>Impulsivität</b>	Mindestens 1 der folgenden Symptome: Die Kinder... <ul style="list-style-type: none"> <li>• platzen mit der Antwort vor dem Ende der Frage heraus.</li> <li>• können nicht warten oder abwarten.</li> <li>• unterbrechen oder stören andere häufig.</li> <li>• reden häufig exzessiv.</li> </ul>
<b>Alter</b>	Beginn der Störung vor dem 7. Lebensjahr
<b>Ausprägung</b>	situationsübergreifendes Auftreten der Symptome für mehr als 6 Monate
<b>Beeinträchtigung</b>	Die Symptome verursachen deutliches Leiden oder eine Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.
<b>Ausschluss</b>	Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84),</li> <li>• eine manische Episode (F30),</li> <li>• eine depressive Episode (F32),</li> <li>• eine Angststörung (F41).</li> </ul>

Abbildung 4: Diagnostische Kriterien der „ADHS“<sup>156</sup>

155 Auch wenn an dieser Stelle nicht ausführlich auf die m. E. fehlende Explikation einiger verwendeter Bezeichnungen wie z. B. „Mangel“, „desorganisiert“ oder „überschießend“ eingegangen werden kann, möchte ich dennoch auf diese begrifflichen Unschärfen hinweisen.

156 Kai G. Kahl u. a., *Praxishandbuch der ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen*, Stuttgart 2012, S. 4.



Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich bei einer „Verhaltensstörung“, wie z. B. der „ADHS“, aus medizinischer Sicht um eine im Individuum zu verortende Krankheit handelt, die sich in Form von beobachtbaren Symptomen („abweichenden“ Verhaltensweisen) äußert. Sie kann mithilfe einer therapeutischen Behandlung, z. B. in Form einer Medikation, beseitigt oder zumindest gelindert werden (vgl. Abb. 5).

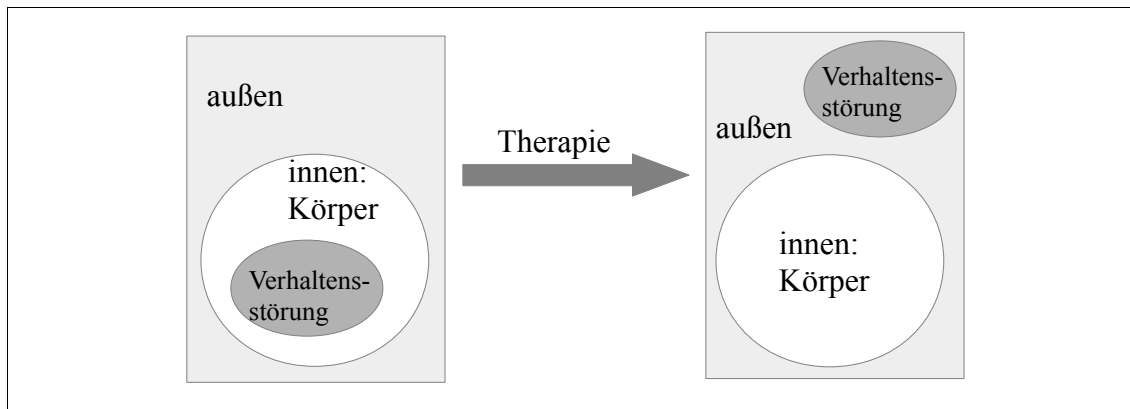


Abbildung 5: Die Idee der Heilung in der Medizin (in Anlehnung an: Simon 1995, S. 38)

## 5.2 Das medizinische „Verhaltensstörungskonzept“ in der Erziehungswissenschaft

Im Folgenden möchte ich aufzeigen, dass die Erziehungswissenschaft im Kontext „abweichender“ Verhaltensweisen auf das medizinische Konzept der „Verhaltensstörung“ zurückgreift. Dies zeigt sich bspw. in der Übernahme des aus der Medizin entlehnten Begriffs des „Symptoms“ und des dahinterstehenden Konzeptes der personengebundenen Lokalisation einer krankhaften „Verhaltensstörung“ im Individuum. So lassen sich in Anlehnung an die medizinischen Klassifikationskataloge ICD oder DSM in erziehungswissenschaftlichen Publikationen „Symptom-Kataloge“ und „Klassifizierungsversuche“ finden, die auf Basis der Leitunterscheidung „krank/gesund“ explizieren, welche „normabweichenden“ Verhaltensweisen am Kind beobachtet werden müssen, um dieses als „verhaltensgestört“ einzustufen. Bevor ich einige dieser Publikationen näher beleuchte, werde ich den medizinischen Begriff des Symptoms explizieren und die „Symptom-Idee“ - aus systemtheoretischer Sicht - erläutern.

### 5.2.1 Die medizinische „Symptom-Idee“

Der Begriff des Symptoms (von griech. *symptoma* = Zufall/Zusammenfall zu *sympiptein* = zusammenfallen, zusammentreffen) ist im 19. Jahrhundert in der medizinischen Fachsprache entstanden. Er wird dort zunächst als „krankhafte Störung“, dann als „Merkmal, Anzeichen, sichtbare Erscheinungsform einer Krankheit gegenüber ihrem

Wesen und ihrer Ursache<sup>157</sup> definiert. Auch heute wird in der Medizin unter einem Symptom ein Krankheitsanzeichen verstanden.<sup>158</sup> Das Symptom ist entweder durch den Patienten selbst (subjektives Symptom wie z. B. Müdigkeit) oder durch den Arzt beobachtbar (objektives Symptom wie z. B. Blutwert). Der Weg von der Beobachtung von Symptomen und/oder einem Syndrom hin zur Feststellung einer Krankheit wird als Diagnostik bezeichnet.<sup>159</sup>

Simon definiert Symptome als

„beobachtbare Ereignisse, Prozesse oder Zustände [...], die als Zeichen für andere, nicht beobachtbare Ereignisse, Prozesse oder Zustände in einem anderen, nicht-transparenten Phänomenbereich, einer tatsächlichen oder vermuteten 'Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit' gedeutet werden.“<sup>160</sup>

Wenn man bei einem Menschen rote Punkte auf dem Körper entdeckt, die als abweichend vom *selbstverständlich* erwarteten Zustand wahrgenommen werden, so können solche Phänomene als Symptom bewertet werden. Gleiches kann für häufiges Herumlaufen eines Kindes im Unterricht gelten. Unter *selbstverständlich* versteht Simon, dass Ereignisse oder Zustände als gegeben wahrgenommen werden, ohne dass der Beobachter den Drang verspürt, nach ihrer Erklärung zu fragen. Niemand, der zwei Augen im Gesicht hat, dies bemerkt und daraufhin bei allen anderen Menschen zwei Augen entdeckt, wird sich fragen, was die Augen an dieser Stelle zu suchen haben. Trifft er allerdings einen Menschen, der nur ein Auge hat, wird ihm dies mit großer Wahrscheinlichkeit erklärungsbedürftig erscheinen.

Ob ein erklärungsbedürftiges Ereignis oder Verhalten als Symptom interpretiert wird, hänge, so Simon davon ab, *wie* Abweichungen erklärt werden. Er postuliert, dass nur all jene Phänomene als Symptom bezeichnet werden,

„denen der oder die Beobachter keine unmittelbaren, aus dem Kontext der Kommunikation ableitbaren Bedeutungen zuschreiben können. Sie sind nicht unmittelbar verstehbar, [...] sie sind innerhalb der Kommunikationsregeln nicht deutbar und bedürfen einer nicht-sozialen Erklärung.“<sup>161</sup>

---

157 Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm, 16 Bände, in 32 Teilbänden, Leipzig 1854-1961, Band 20, Sp. 1417, online verfügbar unter: [http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui\\_py?sigle=DWB&mode=Vernetzung&lemid=GS57606#XGS57606](http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui_py?sigle=DWB&mode=Vernetzung&lemid=GS57606#XGS57606), letzter Zugriff am 13.08.2017.

158 Roche Lexikon Medizin, herausg. von der Hoffmann-La Roche AG und Urban & Schwarzenberg, bearb. von der Lexikon-Redaktion des Verlags Urban & Schwarzenberg, 4. neubearb. und erw. Aufl., München; Wien; Baltimore 1998, S. 1624.

159 Vgl. Rudolf Gross, *Medizinische Diagnostik. Grundlagen und Praxis*, Berlin; Heidelberg 1969, S. 12-14.

160 Fritz B. Simon, *Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie*, Heidelberg 1995, S. 22.

161 Simon 1995, S. 32.

Wenn sich ein Mann eine Augenklappe umlegt, sich sein Bein hochbindet und in Krücken durch die Fußgängerzone läuft, um als vermeintliches Kriegsoffer um Almosen so betteln, wird man seine Geh- und Sehbehinderung vermutlich nicht als Symptom betrachten, sondern als Betrug. Seine Motive sind kognitiv nachvollziehbar und somit verstehbar. Anders verhält es sich höchstwahrscheinlich bei einer Frau, die eine Pappnase aufsetzt und Karnevalslieder singt, während sie auf einer Beerdigung ist.

Aufgrund der Unmöglichkeit, ihnen einen Mitteilungscharakter innerhalb zwischenmenschlicher Kommunikation zuzuschreiben, werden Verhaltensweisen, die von einer normgeprägten Erwartung abweichen (1. Unterscheidung), als Zeichen gedeutet, die auf eine andere Abweichung (2. Unterscheidung) außerhalb der Grenzen des sozialen Systems verweisen. In den meisten Krankheitskonzepten, so auch bei den medizinischen Konzepten von „Verhaltensstörungen“, wird sodann auf das Innere des Körpers (Organismus oder Psyche) als Phänomenbereich der Abweichung (z. B. Hirn oder Psyche dysfunktional) verwiesen (s. Abb. 6). Dieser vom Selbstverständlichen abweichende Zustand in „der Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit“, durch den die Entstehung des Symptoms erklärt wird, wird dann Krankheit genannt bzw. kann Krankheit genannt werden.<sup>162</sup>

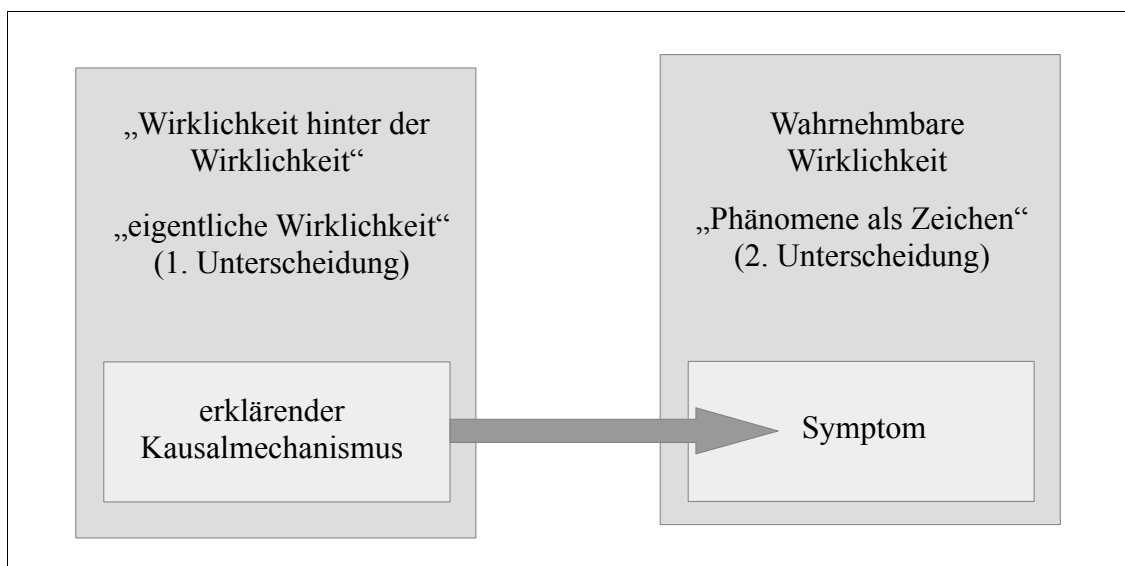


Abbildung 6: Die „Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit“<sup>163</sup>

Die Grundidee der Heilung einer „Verhaltensstörung“ besteht dementsprechend aus medizinischer Sicht darin, dass die Wirkung, das Symptom (z. B. „hyperaktives“ Ver-

<sup>162</sup> Vgl. Simon 1995, S. 22-25.

<sup>163</sup> Ebd., S. 24.

halten) verschwindet, wenn es gelingt, die Ursache, die Krankheit (z. B. „ADHS“), zu beseitigen (vgl. Abb. 5).

### 5.2.2 Die medizinische „Symptom-Idee“ in der Erziehungswissenschaft

Einen ersten individuenzentrierten Klassifikationsversuch „abweichender“ kindlicher Verhaltensweisen hat es im pädagogischen Diskurs 1769 gegeben. Niemeyer fertigte in seinem Hauptwerk *Grundsätze der Erziehung und des Unterrichts* unter dem Kapitel *Moralisch pädagogische Heilkunde* einen Katalog von „Kinderfehlern“ an. Eine weitere Sammlung von „Kinderfehlern“ findet sich 1804 in Schwarz' Hauptwerk *Lehrbuch der Erziehungs- und Unterrichtslehre* unter dem Kapitel *pädagogische Heilkunde*. Er nutzt dort erstmals den aus der Medizin entlehnten Begriff der (Pädagogischen) Pathologie. Den Begriff des Symptoms verwenden Niemeyer und Schwarz noch nicht.<sup>164</sup> Dieser findet sich erstmals bei Strümpell. In seiner Untersuchung *Die pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder* bemüht sich Strümpell um eine Programmschrift, die ein alphabetisches Verzeichnis von „Kinderfehlern“ enthält. Sie reichen von „Albernheit“ über „lachlustig“ und „pffiffig“ bis hin zu „zappelig“ und „Zwangshandlungen“. Insgesamt stellt er über 300 „Kinderfehler“ zusammen, die „als real auffindbare und für sich selbst bestehende Phänomene verstanden [werden], die es zunächst zu sammeln, beschreiben und zu katalogisieren gilt, ganz so wie Gräser und Blumen in Herbarien gesammelt werden.“<sup>165</sup> Von der pädagogischen Pathologie erhoffte sich Strümpell eine Einteilung der Fehler in Fehlerfamilien und schlussendlich eine „Zurückführung der in den Classifikationen aufgestellten Fehlerfamilien auf diejenigen Vorgänge und Verhältnisse im Bewußtsein des Kindes, in denen die spezifische Natur des dazugehörigen Fehlers besteht.“<sup>166</sup> Diese „Fehler“ definiert Strümpell zunächst traditionell als Abweichung vom pädagogischen Ideal. In der zweiten Auflage, die 1892 erschien, wird den „Kinderfehlern“ jedoch in Anlehnung an Koch<sup>167</sup> unter dem Kapitel *Pädagogische Psychiatrie* ein Krankheitswert zugeschrieben. Sie werden als Wirkung von hirnorganischen Defekten gedeutet. In der zweiten, psychiatrisch geprägten Auflage findet sich dann auch erstmals der Symptombegriff.<sup>168</sup>

---

164 Vgl. Göppel 1989, S. 118.

165 Ebd., S. 122.

166 Ludwig Strümpell, *Die pädagogische Pathologie: Oder die Lehre von den Fehlern der Kinder. Versuch einer Grundlegung für gebildete Eltern, Studierende der Pädagogik, Lehrer, sowie für Schulbehörden und Kinderärzte*, 2. bed. verm. Aufl., Leipzig 1892, S. 17.

167 Strümpell bezieht sich dabei auf folgende Untersuchung: Julius Ludwig August Koch, *Die psychopathischen Minderwertigkeiten. In drei Abteilungen*, Ravensburg 1891.

168 Vgl. Göppel 2010, S. 19f.

Göppel macht darauf aufmerksam, dass bei den Pädagogen des 19. Jahrhunderts die „Beseitigung“ körperlicher Krankheiten durch ärztliche Maßnahmen als analoges Vorbild für die „Beseitigung“ von „Kinderfehlern“ durch erzieherische Maßnahmen dienen sollte.<sup>169</sup> Stross weist darauf hin, dass seit dem 18. Jahrhundert das Verhältnis zwischen Pädagogik und Medizin dadurch geprägt sei, dass die Medizin sowohl methodisch als auch methodologisch zur Legitimation der Pädagogik als Wissenschaft diene.<sup>170</sup>

Versuche, „abweichendes“ Verhalten in Form von „Symptomlisten“ zu katalogisieren, finden sich auch in erziehungswissenschaftlichen Publikationen des 20. Jahrhunderts. 1976 tragen Kluge und Oversberg in ihrer Untersuchung *Soziale Problematik, Leitbegriffe, Verhaltensformen, Pädagogik, Therapie und Prognose* zunächst unterschiedliche *Definitionsversuche und Termini für sozial auffälliges Verhalten von Kindern und Jugendlichen* zusammen, um in Anschluss *Versuche von Typologiebildungen* anzubieten.<sup>171</sup> Oversberg und Kluge greifen in ihrer Arbeit zunächst auf eine Definition der „Verhaltensauffälligkeit“<sup>172</sup> zurück, die Oversberg 1975 vorschlug:

„Definieren wir 'verhaltensauffällig' [...] als kleinere oder größere Auffälligkeit im Verhalten eines Menschen zum Verhaltensdurchschnitt der in der betreffenden Gruppe lebenden Individuen, unter Berücksichtigung einer gewissen Toleranzspanne.“<sup>173</sup>

Diese Definition wird im Anschluss von Oversberg und Kluge erweitert. Hierzu äußern sich beide wie folgt:

„Da dieser Begriff in bezug auf eine bestimmte auffällige Person noch 'inhaltslos' ist und nichts über das Verhalten aussagt, erweitern wir ihn zunächst um ein Symptom oder Symptomsyndrom. [...] In den offenbleibenden Teil des Satzes [gemeint ist die Formulierung: 'Verhaltensauffällig im Sinne von...'] können nun alle Symptome eingesetzt werden.“<sup>174</sup>

Welche Symptome einer „Verhaltensauffälligkeit“ zugeordnet werden können, stellen Oversberg und Kluge im Anschluss unter dem Titel *Schematische Zuordnung und Gruppierung von Verhaltensauffälligkeiten* vor. Die Typologie umfasst knapp 90 Symptome. Diese werden in Alpha-, Beta-, Gamma- und Delta-Gruppen einsortiert, welche den somatofunktionellen, den psychischen, den zwischenmenschlichen sowie den Ar-

---

169 Vgl. Göppel 1989, S. 119f.

170 Vgl. Annette Stross, „Gesundheitserziehung“ zwischen Pädagogik und Medizin. Themenkonjunkturen und Professionalisierungsprobleme in Deutschland 1770-1930, in: *Zeitschrift für Pädagogik*, 41 (1995), Heft 2, S. 169-184, (hier: S. 170).

171 Vgl. Karl-Josef Kluge; M. Oversberg, *Soziale Problematik. Leitbegriffe. Verhaltensformen. Pädagogik. Therapie und Prognose*, Rheinstetten 1976, S. 13-92.

172 Die Begriffe „Verhaltensstörung“ und „Verhaltensauffälligkeit“ können gleichgesetzt werden (vgl. Fn. 8).

173 Kluge; Oversberg 1976, S. 27.

174 Ebd.

beits- und Leistungsbereich umfassen. So findet man bspw. die Symptome „Tagträumeri“ oder „Überempfindlichkeit“ in der Beta-Gruppe.<sup>175</sup>

Die medizinisch perspektivierte „Symptom-Idee“ lässt sich ebenfalls im aktuellen erziehungswissenschaftlichen Diskurs wiederfinden. Myschker definiert in seinem viel zitierten und anerkannten<sup>176</sup> heilpädagogischen Grundlagenwerk *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen* „Verhaltensstörung“ wie folgt:

„Verhaltensstörung ist ein von den zeit- und kulturspezifischen Erwartungsnormen abweichendes maladaptives Verhalten, das organogen und/oder milieureaktiv bedingt ist, wegen der Mehrdimensionalität, der Häufigkeit und des Schweregrades die Entwicklungs-, Lern-, und Arbeitsfähigkeit sowie das Interaktionsgeschehen in der Umwelt beeinträchtigt und ohne besondere pädagogisch-therapeutische Hilfe nicht oder nur unzureichend überwunden werden kann.“<sup>177</sup>

Welche Verhaltensweisen unter die Kategorie „abweichendes maladaptives Verhalten“ fallen, erläutert Myschker im Anschluss an seine Definition in einer *Symptomliste der Verhaltensstörungen*. Sie umfasst über 160 Symptome, welche von „Affektlabilität“ über „Clownerien“ und „Rauschmittelsucht“ bis hin zu „Zwangshandlungen“ reichen. Einige Symptome, wie bspw. „Zwangshandlungen“, „Nägelkauen“ oder „Clownerie“, decken sich hierbei mit den Katalogen von Strümpell, Kluge und Oversberg. Myschker weist im Vorfeld seiner „Liste“ ausdrücklich darauf hin, dass diese Symptome „als Merkmale für eine ursächlich wirkende intrasomatische oder intrapsychische Krankheit, Schädigung oder Störung“ sowie als Störung selbst zu verstehen sind.<sup>178</sup> Diese Prämisse macht deutlich, dass Myschker den medizinischen Begriff des Symptoms nicht erziehungswissenschaftlich „umcodiert“, sondern ihn eins zu eins im Sinne der medizinischen Codierung „krank/gesund“ nutzt.

Die medizinisch perspektivierte Personengebundenheit wird in Myschkers Publikation überdies darin deutlich, dass er im Anschluss an seine *Symptomliste* eine *Klassifikation von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen* vornimmt (vgl. Abb. 7). Er legt an dieser Stelle auf Grundlage der Unterscheidung „krank/gesund (und ohne Berücksichtigung des Kontextes oder einer funktionalen Einbettung) fest, dass bspw. „aggressive“ oder „überaktive“ Verhaltensweisen der Gruppe der „agressiv-ausagierenden Verhaltensstörungen“ zuzuweisen sind. Dieses Vorgehen ist eng an der Vorgehensweise der medizinischen Kataloge ICD oder DSM orientiert. So plädiert Myschker im Anschluss

---

175 Vgl. Kluge; Oversberg 1976, S. 70.

176 Vgl. Hillenbrand 2008, S. 31, sowie Palmowski 2015, S. 124, und Franz B. Wember; Roland Stein; Ulrich Heimlich, *Handlexikon Lernschwierigkeiten und Verhaltensstörungen*, Stuttgart 2014, S. 82.

177 Myschker 2005, S. 45.

178 Vgl. ebd., S.47.

an seine Klassifikation auch dafür, dass die medizinisch perspektivierten Klassifikationssystem DSM und ICD in einer sich integrationswissenschaftlich verstehenden Pädagogik bei Verhaltensstörungen - sowohl in der Sozial- als auch in der Sonderpädagogik - angewendet werden sollten.<sup>179</sup>

<b>Gruppierung</b>	<b>Symptomatik</b>
1. Kinder und Jugendliche mit externalisiertem, aggressiv-ausagierendem Verhalten	Aggressiv, überaktiv, impulsiv, exzessiv, streitend, aufsässig, tyrannisierend, regelverletzend, Aufmerksamkeitsstörungen
2. Kinder und Jugendliche mit internalisiertem, ängstlich-gehemmtem Verhalten	Ängstlich, traurig, interesselos, zurückgezogen, freudlos, somatische Störungen, kränkelnd, Schlafstörungen, Minderwertigkeitsgefühle
3. Kinder und Jugendliche mit sozial-unreifem Verhalten	Nicht altersentsprechend, leicht ermüdbar, konzentrationschwach, leistungsschwach, Sprach- und Sprechstörungen
4. Kinder und Jugendliche mit sozialisiert-delinquentem Verhalten	Verantwortungslos, reizbar, aggressiv-gewalttätig, leicht erregt, leicht frustriert, reuelos, Normen missachtend, risikobereit, niedrige Hemmschwellen, Beziehungsstörungen

Abbildung 7: Klassifikation von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen<sup>180</sup>

Auch im aktuellen schulpädagogischen Diskurs wird auf die medizinische „Symptom-Idee“ zurückgegriffen. So wird die *Child Behavior Checklist (CBCL)*, die von dem Amerikaner Thomas M. Achenbach ursprünglich für Ärzte und Psychologen entworfen wurde, im Rahmen schulpädagogischer Untersuchungen, z. B. von Mand, genutzt.<sup>181</sup>

Die *Checklist* dient dazu, „Verhaltensstörungen“ bei Kindern und Jugendlichen mithilfe unterschiedlicher „Symptom-Fragebögen“ zu erfassen. Sie beinhaltet u. a. den sogenannten Teachers Response Form (TRF)-Fragebogen (vgl. exempl. Abb. 7).<sup>182</sup> Mand ä-

<sup>179</sup> Vgl. Myschker 2005, S. 56.

<sup>180</sup> Ebd., S. 51.

<sup>181</sup> Vgl. Pierre Walther, Verhaltensauffälligkeiten an Förderschulen für Lernhilfe. Ergebnisse einer Lehrerbefragung, in: *Heilpädagogik Online*, 8 (2009), Ausg.1, S. 50-68 (hier: S. 52), online verfügbar unter: [http://www.sonderpaedagoge.de/hpo/heilpaedagogik\\_online\\_0109.pdf](http://www.sonderpaedagoge.de/hpo/heilpaedagogik_online_0109.pdf), letzter Zugriff am 11.08.2017.

<sup>182</sup> Darüber hinaus umfasst die *Checklist* Fragebögen für Eltern und die „Betroffenen“ selbst.

Bert sich zum TRF-Fragebogen wie folgt:

„Die TRF funktioniert wie die meisten Fragebögen zum Thema Verhaltensstörungen: Es gibt eine umfangreiche Liste von Symptomen, und die Befragten sollen entscheiden, welche Symptome bei dem jeweiligen Kind bzw. dem jeweiligen Jugendlichen auftreten.“<sup>183</sup>

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)		1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
57. Greift andere körperlich an .....	0	X	2
58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: .....	X	1	2
59. Schläft im Unterricht ein .....	X	1	2
60. Ist apathisch oder unmotiviert .....	X	1	2
61. Ist schlecht in der Schule .....	X	1	2
62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt .....	X	1	2
63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen .....	X	1	2
64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen .....	X	1	2
65. Weigert sich zu sprechen .....	X	1	2
66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: .....	X	1	2
67. Stört in der Klasse .....	0	X	2
68. Schreit viel .....	0	X	2
69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich .....	X	1	2
70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: .....	X	1	2
71. Ist befangen oder wird leicht verlegen .....	X	1	2
72. Arbeitet unordentlich .....	0	1	X
73. Verhält sich verantwortungslos; bitte beschreiben: .....	X	1	2
74. Produziert sich gern oder spielt den Clown .....	0	X	2
75. Ist schüchtern oder zaghaft .....	X	1	2
76. Zeigt aufbrausendes und unberechenbares Verhalten .....	0	1	X
77. Muß Forderungen sofort erfüllt bekommen, ist schnell frustriert .....	0	1	X
78. Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar .....	0	1	X
79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: .....	X	1	2
80. Starrt ins Leere .....	X	1	2
81. Ist bei Kritik schnell verletzt .....	0	X	2
82. Stiehlt .....	X	1	2
83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben: .....	X	1	2
84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: .....	X	1	2
85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: .....	X	1	2
86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar .....	0	X	2
87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel .....	0	X	2
88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt .....	X	1	2
89. Ist mißbrauch .....	X	1	2
90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter .....	0	X	2
91. Spricht davon, sich umzubringen .....	X	1	2
92. Bleibt unter seinen Möglichkeiten, könnte mehr leisten .....	0	X	2
93. Redet zuviel .....	0	X	2
94. Hänzelt andere gern .....	0	X	2
95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament .....	0	1	X
96. Scheint sich übermäßig mit Sex zu beschäftigen .....	0	X	2
97. Bedroht andere .....	0	X	2
98. Kommt zu spät zur Schule oder zum Unterricht .....	X	1	2
99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht .....	X	1	2
100. Erledigt auftragene Arbeiten nicht .....	0	X	2
101. Schwänzt die Schule oder fehlt unentschuldig .....	X	1	2
102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge .....	X	1	2
103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen .....	0	X	2
104. Ist ungewöhnlich laut .....	0	X	2
105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder mißbraucht Medikamente; bitte beschreiben: .....	X	1	2
106. Versucht zu sehr, anderen zu gefallen .....	X	1	2
107. Mag die Schule nicht .....	X	1	2
108. Hat Angst, Fehler zu machen .....	X	1	2
109. Quengelt oder jammert .....	X	1	2
110. Sieht ungepflegt aus .....	X	1	2
111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf .....	X	1	2
112. Macht sich zuviel Sorgen .....	X	1	2
113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme, die der Schüler hat und die bisher noch nicht erwähnt wurden: .....	0	1	2
.....	0	1	2
.....	0	1	2
.....	0	1	2
.....	0	1	2
.....	0	1	2

---> Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.  
---> Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.

**Vielen Dank!**

Abbildung 8: TRF- Fragebogen: Beispielseite<sup>184</sup>

TRF und Elternfragebogen sind analog aufgebaut. Zur genauen Funktionsweise der Fragebögen vgl. Anna Hutzelmeyer-Nickels; Michele Noterdaeme, Anwendbarkeit der Child Behavior Checklist 1 1/2-5 als orientierendes Untersuchungsinstrument bei Vorschulkindern mit Entwicklungsproblemen, in: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56 (2007), Heft 7, S. 573-588.

183 Johannes Mand, Über den Zusammenhang von Lern- und Verhaltensproblemen. Ergebnisse einer Lehrerbefragung in Schulen für Lernbehinderte aus drei Städten, in: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 55 (2004), Heft 7, S. 319-324 (hier: S. 320).

184 TRF-Fragebogen, online verfügbar unter: [http://www.zentrales-adhsnetz.de/fileadmin/ADHS/Fuer\\_Therapeuten/Materialien/Diagnostik\\_KiJu/Lehrerfragebogen\\_ueber\\_das\\_Verhalten\\_von\\_Kindern\\_un](http://www.zentrales-adhsnetz.de/fileadmin/ADHS/Fuer_Therapeuten/Materialien/Diagnostik_KiJu/Lehrerfragebogen_ueber_das_Verhalten_von_Kindern_un)



Auch wenn von Hutzelmeyer-Nickels und Noterdaeme betont wird, dass das “orientierende Untersuchungsinstrument“<sup>185</sup> nicht dazu dienen soll, Diagnosen zu stellen, ist das Prinzip der *Checklist* ein medizinisch perspektiviertes. Verhaltensweisen werden anhand der medizinischen Leitunterscheidung „krank“ (Symptom) und „gesund“ (kein Symptom) am Kind beobachtet. Der (pädagogische) Kontext, in dem das Verhalten beobachtet wird, bleibt unberücksichtigt.

---

d\_Jugendlichen\_TRF.pdf, letzter Zugriff am 22.08.2017.  
185 Hutzelmeyer-Nickels; Noterdaeme 2007, S. 573.

## **6. Mögliche Funktionen und Grenzen medizinischer „Verhaltensstörungskonzepte“ in pädagogischen Kontexten**

Im Rahmen der Forschungsfrage kann es lohnenswert sein zu beleuchten, welche Funktionen die Übernahme eines medizinischen „Verhaltensstörungskonzept“ in pädagogischen Kontexten haben könnte. Die folgenden Überlegungen stellen eine Ideensammlung dar, welche für Ergänzungen offen ist.

Systeme haben Komplexitätsreduktion zum Ziel.<sup>186</sup> Das medizinische „Verhaltensstörungskonzept“ stellt eine Form der Komplexitätsreduktion dar. So ermöglicht es bspw. durch den Ausschluss kontextueller Gegebenheiten eine linear abzuleitende Behandlungsstrategie. Diese Behandlungsstrategie zielt dabei, z. B. in Form einer Medikation, darauf ab, die im Individuum verankerte Erkrankung zu „beseitigen“. Mit dieser Beseitigung verschwindet, so die medizinische Annahme, auch die „Verhaltensabweichung“. Der Pädagoge ist somit zu einem großen Teil von seiner Verantwortung befreit. Da die Ursache im Kind liegt, ist er nicht ursächlich am Auftreten der „Störung“ beteiligt.<sup>187</sup> So braucht bspw. ein Lehrer seine didaktischen Methoden nicht zu überdenken, wenn zwei Kinder seiner Klasse „hyperaktiv“ und „unaufmerksam“ sind. Gerade im Hinblick auf das Technologiedefizit, welches jedem Versuch erzieherischer Prozesse zu Grunde liegt, kann das medizinische Konzept der „Verhaltensstörung“ den Pädagogen entlasten. Wenn ihm bereits im Umgang mit „verhaltensnormalen“ Kindern die Instrumente fehlen, diese gezielt in eine Richtung zu erziehen, so wird die gezielte Beeinflussung von „verhaltensschwierigen“ Kindern in einer medizinischen, personengebundenen Logik erst gar nicht von ihm erwartet.

Darüber hinaus könnte ein medizinisch perspektiviertes „Verhaltensstörungskonzept“ dahingehend funktional sein, als dass es eine „sinnhafte“ Erklärung für ein Verhalten anbieten kann, welches von einem erwarteten Verhalten abweicht und somit zunächst für den Pädagogen nicht verstehbar ist. Indem ein beobachtetes Phänomen auf nicht beobachtbare, aber erklärbare Ereignisse und Prozesse zurückgeführt wird (Paul ist „verhaltensgestört“, deshalb klettert er während des Unterrichtes über Tische und Bänke), ist es für den Pädagogen bzw. für sein psychisches System, welches im Medium Sinn operiert, wieder anschlussfähig.<sup>188</sup> Lieb formuliert diesen Prozess wie folgt:

„Störung kann man als vorübergehend gedachte Form im Medium Sinn ansehen, im Zwi-

---

186 Zur Komplexität von Systemen vgl. Baraldi; Corsi; Esposito, 1997, S. 93-97.

187 Vgl. Palmowski 2015, S. 37.

188 Vgl. Lieb 2014, S. 143.

schenbereich von bekannt - unbekannt - wieder bekannt.“<sup>189</sup>

Die Nutzung eines medizinischen „Verhaltensstörungskonzeptes“ ermöglicht Pädagogen vorübergehend Unbekanntes (Paul klettert während des Unterrichtes über Tische und Bänke) in den Rahmen eines „Wieder-Bekanntes“ (Paul ist krank) einzuspannen.

Eine ähnliche „Anschluss-Funktion“ lässt sich möglicherweise auf der Ebene der Kommunikation finden. „Symptomkataloge“, die sich an der Leitunterscheidung „krank“ und „gesund“ orientieren, reduzieren die Komplexität von Kommunikationsmöglichkeiten, indem sie alle anderen in Frage kommenden Unterscheidungsmöglichkeiten für kindliches Verhalten zunächst unberücksichtigt lassen. Wenn bspw. in einer Lehrerkonferenz über ein „ADHS-Kind“ gesprochen wird, haben die Beteiligten mit großer Wahrscheinlichkeit eine Vorstellung darüber, welches Bündel von Verhaltensweisen die Bezeichnung „ADHS“ umfasst. Die unendlichen Unterscheidungsmöglichkeiten, die prinzipiell für die Beobachtung des Kindes zur Verfügung stehen, werden somit enorm eingegrenzt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein medizinisch fundiertes „Verhaltensstörungskonzept“ auf unterschiedlichen Ebenen Funktionen erfüllen kann, die zur Entlastung und Komplexitätsreduktion beitragen. In diesem Sinne ließe sich die Frage, ob das medizinische Konzept der „Verhaltensstörungen“ für pädagogische Kontexte fruchtbar gemacht werden kann, zunächst mit „Ja“ beantworten.

Es lässt sich jedoch im Anschluss möglicherweise die Frage stellen, welcher Preis unter Umständen für die Funktionen gezahlt wird. Im erziehungswissenschaftlichen Diskurs wird in diesem Zusammenhang häufig das sogenannte „Etikettierungs-Problem“ fokussiert.<sup>190</sup> Ich interessiere mich aus systemtheoretischer Sicht im Folgenden jedoch mehr für die Frage, ob die Komplexitätsreduktion, die das medizinische „Verhaltensstörungskonzept“ mit sich bringt, gleichzeitig Komplexität aufrechterhalten kann. Im Rahmen dieser Frage werde ich mich zum einen der Rolle des Beobachters sowie den Eigenschaften des beobachteten Systems zuwenden. Zum anderen werde ich die Rolle des Kontextes im Hinblick auf „abweichendes“ Verhalten ausleuchten. Auf Grundlage dieser drei Dimensionen möchte ich aufzeigen, dass im Zuge medizinischer „Verhaltensstörungskonzepte“ möglicherweise komplexe Zusammenhänge, welche für pädagogische Kontexte von großer Relevanz sein können, verloren gehen.

Medizinisch tradierte, personengebundene „Verhaltensstörungskonzepte“, wie man sie

---

189 Lieb 2014, S. 26.

190 Vgl. Störmer 2013, S. 63-85.

z. B. bei Myschker findet, sind in dreifacher Hinsicht an einen (bzw. mehrere) Beobachter gebunden. Zunächst ist die Idee, dass Symptome auf eine Krankheit im Körper oder in der Psyche eines Menschen hinweisen, als solche eine beobachterabhängige Konstruktion im Rahmen eines vorherrschenden Paradigmas. Wiesen Symptome in der Antike auf den Befall von Dämonen oder ein Fehlverhältnis der Säfte hin, so weisen sie heute auf eine im Individuum zu verortende Krankheit hin.<sup>191</sup> Diese Vorstellung stellt eine Möglichkeit dar, „abweichendes“ Verhalten zu erklären. Andere sind ebenfalls denkbar. Ergänzende oder alternative Möglichkeiten geraten aber möglicherweise aus dem Blickfeld, wenn man alleinig in einer medizinisch orientierten Perspektivierung verbleibt.

Ähnlich verhält es sich bei der Erstellung von „Symptomkatalogen“. Sie basiert ebenfalls auf der Unterscheidung eines Beobachters. Dabei ist sowohl die Wahl der Unterscheidung („krank“ und „gesund“) selbst, als auch die daran anschließende „Einsortierung“ unterschiedlicher Verhaltensweisen in diese Unterscheidung vom vorherrschenden gesellschaftlichen Paradigma abhängig. Bereits in wenig komplexen, physiologischen Kontexten variieren die Annahmen verschiedener Beobachter darüber, welche Parameter bzw. welche Ausprägung der Parameter als Krankheitszeichen gehandelt werden. So ist ein Blutdruck, der in Deutschland bereits als pathologisch gilt, in Amerika noch im Bereich des normalen Blutdrucks.<sup>192</sup>

Schlussendlich werden Symptome an einem Erkrankten, z. B. einem Kind, beobachtet. Diese Beobachtungen unterliegen den individuellen Maßstäben des Beobachters. Beim Ablesen eines Blutdrucks vom Messgerät und dem Vergleich des Messwertes mit der gesetzten Norm mag dies verhältnismäßig eindeutig sein. Was jedoch ein Beobachter unter der Verhaltensweise „unruhig“ versteht oder wie er diese z. B. zu „agil“ abgrenzt, kann ggf. stark divergieren. Wenn sich demnach zwei Pädagogen über ein „hyperaktives“ Kind unterhalten, dann unterhalten sie sich über ihre Beobachtungen und nicht über „tatsächliche“ Eigenschaften des Kindes.

Lieb stellt im Beobachterzusammenhang heraus, dass die traditionelle medizinische Krankheitslehre (zu der auch die Symptomlehre gehört) auf der Beobachtung erster Ordnung basiere.<sup>193</sup> Medizinische Perspektivierungen im Hinblick auf „abweichendes“ Verhalten beobachten demnach das *Was* aber nicht das *Wie*. Auf diese Weise können

---

191 Simon spricht in diesem Zusammenhang auch von der „Metapher der Krankheit“ (vgl. Simon 1995, S. 25-28).

192 Vgl. Lieb 2014, S. 118.

193 Vgl. ebd., S. 17.

„blinde Flecken“ nicht mitbeobachtet werden, denn Beobachtung ist nur auf Basis der Beobachtung zweiter Ordnung möglich.

Für das Beobachten des *Wie* ist der Kontext, in dem ein Verhalten auftritt, relevant. Der Kontext kann jedoch durch medizinische „Verhaltensstörungskonzepte“, denen der Symptombegriff zugrunde liegt, nicht abgebildet werden. Dies wäre auch nicht zielführend, da mit der Aufnahme aller erdenklichen Kontexte in Klassifikationskataloge das Ausmaß solcher Kataloge nahezu ins Unendliche steigen würde. Im pädagogischen Bezugsrahmen, der auf Interaktionen ausgerichtet ist, kann es jedoch hilfreich sein, den Kontext im Hinblick auf „abweichendes“ Verhalten einzubeziehen. Er kann möglicherweise das statische, medizinische „Verhaltensstörungskonzept“ aufweichen.<sup>194</sup> So ist bspw. denkbar, dass Paul in der Schulklasse als überdurchschnittlich provokativ beobachtet wird, wohingegen er im Fußballverein als kooperativ beobachtet wird. Diese Differenzierung kann eventuell das Spektrum an pädagogischen Handlungsoptionen erweitern. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Beobachter, z. B. der Lehrer, sich als Teil des Kontextes betrachtet. Palmowski schreibt in diesem Zusammenhang:

„Da Pädagogik auf Veränderung hin ausgerichtet ist, sollte sie auch mit grundlegenden Prämissen arbeiten, die die Selbstverständlichkeit und Möglichkeit der Veränderung beinhalten.“<sup>195</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das medizinische „Verhaltensstörungskonzept“ in pädagogischen Kontexten bestimmte Funktionen übernehmen kann. Für diese Funktionen wird jedoch der Preis des „Komplexitätsverlustes“ gezahlt. So bleiben die Rolle des Beobachters (z. B. Lehrer), die Rolle des autopoietischen Systems (z. B. Schüler) und die des Kontextes (Schulklasse) unberücksichtigt. Eine systemtheoretische Sicht nimmt Beobachter, beobachtetes System und Kontext mit in den Blick. Daher kann es für die Erziehungswissenschaft einerseits und die pädagogische Praxis andererseits fruchtbar sein, im Hinblick auf „abweichendes“ Verhalten systemtheoretische Perspektivierungen - ergänzend zu medizinischen Perspektivierungen - in den Diskurs aufzunehmen.

---

194 Vgl. Palmowski 2015, S. 67.

195 Ebd., S. 68.

## 7. Eine systemtheoretische Perspektivierung auf das medizinische „Verhaltensstörungskonzept“

In der systemtheoretischen Forschung gibt es eine Vielzahl von Untersuchungen, die sich mit „abweichenden“ Verhaltensweisen beschäftigen. Ich werde im Folgenden einige Ergebnisse ausgewählter Untersuchungen zusammenzutragen und diese in Beziehung zueinander setzen. Dabei greife ich nebst erziehungswissenschaftlichen Publikationen ebenfalls auf Arbeiten zurück, die im Kontext systemischer<sup>196</sup> Therapie und Beratung entstanden sind. Auf diesem Gebiet hat die Luhmannsche Systemtheorie in den letzten Jahrzehnten eine breite Rezeption erfahren. Da es sich bei Luhmanns Systemtheorie um eine Universaltheorie<sup>197</sup> handelt, die auf unterschiedliche Fachrichtungen gleichermaßen anwendbar ist, kann der Rückgriff auf bereits vorhandene Erkenntnisse in therapeutischen bzw. beraterischen Kontexten auch für einen erziehungswissenschaftlichen Bezugsrahmen lohnend sein.<sup>198</sup>

In Anlehnung an die zugrunde liegende Forschungsliteratur werde ich mich z. T. von der Begriffsschärfe der Luhmannschen Systemtheorie lösen. Luhmann interessierte sich als Soziologe weniger für Problemstellungen rund um das Individuum, sondern vor allem für gesellschaftliche Zusammenhänge. In erziehungswissenschaftlichen Kontexten im Allgemeinen und bei der Betrachtung von „abweichendem“ Verhalten im Speziellen kann es fruchtbar sein, Luhmanns „Entsubjektivierung“ aufzuweichen bzw. zu erweitern. Wenn also im Folgenden von Systemen die Rede ist, so werden z. T. auch Personen als Systeme bezeichnet. Auf die Differenzierung der Person als Konglomerat aus biologischem, psychischem und sozialem System wird an diesen Stellen verzichtet.

Wie sich im Verlauf der vorliegenden Arbeit gezeigt hat, fällt eine „Verhaltensstörung“ im Sinne der Leitunterscheidung „krank/gesund“ unter die Kategorie der Krankheit. Krankheit wird dabei als ein defizitärer Zustand aufgefasst, der sich auf der Grundlage solidarpathologischer und/oder multifaktorieller Aspekte in einem Individuum lokalisieren lässt. Symptome werden dabei als Krankheitsanzeichen ausgedeutet. Sie verweisen

---

196 Tilly weist darauf hin, dass man die Begriffe „systemisch“ und „systemtheoretisch“ unterscheiden kann. Er hebt hervor, dass „systemtheoretisches Vorgehen“ sich darauf beziehe, dass systemtheoretische Modelle auf theoretischer Ebene genutzt werden, um Wirklichkeit zu erklären. „Systemisches Vorgehen“ hingegen zielt auf die Praxis, in der die systemtheoretischen Modelle konkret angewendet werden (vgl. Tilly Miller, *Systemtheorie und soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch*, Stuttgart 1999, S. 20).

197 Luhmann begründet ausführlich, warum es sich bei der Systemtheorie um eine Universaltheorie handelt (vgl. Niklas Luhmann, *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*, Frankfurt a. M. 1984, S. 7-14).

198 Im Gegensatz zur Luhmannschen Systemtheorie handelt es sich bei medizinischen Konzepten nicht um Universaltheorien. Hier sehe ich einen entscheidenden Unterschied. Die Verwendung medizinischer Konzepte in anderen Disziplinen (z. B. in der Erziehungswissenschaft) bleibt zu hinterfragen.

auf eine Krankheit, die in der „Wirklichkeit hinter der Wirklichkeit“ (im Körper oder in der Psyche eines Menschen) liegt. „Verhaltensstörungen“ werden im medizinischen Bezugsrahmen demzufolge als Entität betrachtet. Mithilfe unterschiedlicher Heilmethoden gilt es, die „Störung“ - das „tatsächliche Ding“ - im Individuum zu beseitigen.

Eine systemtheoretische Sicht, die konstruktivistische Prämissen als erkenntnistheoretische Grundlage nutzt, interessiert sich dagegen vornehmlich für den Beobachter und seine Konstruktion der „Wirklichkeit“.

### 7.1 Die Rolle des Beobachters

Ludewig weist in seiner *Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie* darauf hin, dass „die systemische Therapie [...] schon aus erkenntnistheoretischen Gründen auf einen Krankheitsbegriff [verzichte]<sup>199</sup>. Man wird daher keine Definition von „Verhaltensstörungen“, wie diese bspw. bei Myschker zu finden ist, in entsprechender, systemtheoretischer Forschungsliteratur finden. Im Sinne einer konstruktivistisch ausgerichteten Systemtheorie wird das Phänomen der Krankheit im Allgemeinen und der „Verhaltensstörung“ im Speziellen vielmehr als beobachterabhängiges, sprachliches und soziales Konstrukt betrachtet. Die „Verhaltensstörung“ als solche liegt unter dieser Prämisse nicht als zu definierende Entität in dem Kind selbst vor, sondern sie wird durch die Operationen eines (oder mehrerer) Beobachter prozesshaft konstruiert. Wie dieser Prozess der Beobachterkonstruktion im Einzelnen aussehen kann, soll im Weiteren erläutert werden.

Lieb führt im Hinblick auf den Konstruktionsgedanken in Anlehnung an Spencer-Brown die Unterscheidung zwischen *distinction* (I. Unterscheidung) und *indication* (II. Unterscheidung) ein. Die I. Unterscheidung bezieht sich auf die erste Operation des Beobachtens: die Unterscheidung. Diese ist zwingend notwendig. Denn wie Spencer-Brown zeigen konnte, beruht die Wahrnehmung des Menschen darauf, dass eine Markierung nur durch die Abgrenzung zu etwas nicht-Markiertem möglich ist. Beides, das Markierte und das, wovon es unterschieden wird, bilden die „Einheit der Differenz“. Auf Grundlage der Sprache folgt nun eine II. Unterscheidung. Sie verhält sich zur I. Unterscheidung wie eine Landkarte (das Beobachtete) zur Landschaft (das Phänomen). Die II. Unterscheidung besteht darin, dass beiden Seiten der „Einheit der Differenz“ ein Wort zugeordnet wird. Sie erhalten eine Bezeichnung. Das Benennen ist insofern eine Unterscheidung, als dass die eine und eben nicht die andere Bezeichnung gewählt wird.<sup>200</sup>

---

199 Ludewig 2005, S. 85.

200 Vgl. Lieb 2014, S. 27-30.

Jede Aussage eines Beobachters über ein beobachtetes Verhalten eines Kindes wird demnach auch zur Aussage über ihn selbst, da er auf Grundlage seiner Beobachtung zum einen seine eigenen Unterscheidungen und zum anderen seine eigenen Bezeichnungen für diese Unterscheidungen nutzt. So wird sich bspw. ein Lehrer, der eine neue Klasse zugeteilt bekommt, höchstwahrscheinlich bemühen, zunächst Informationen über die Kinder zu sammeln. Er erstellt sich eine innere „Landkarte“, die ihm zur Orientierung dient. Eventuell geht er dabei folgendermaßen vor: Er unterscheidet die Kinder in „schnelle“ und „langsame“, „kluge“ und „dumme“ und „verhaltensnormale“ und „verhaltensgestörte“ Kinder. Diese Zuschreibungen sagen wenig über die Kinder und deren „tatsächliche“ Eigenschaften aus. Sie sagen zuallererst etwas über die Unterscheidungskategorien des Lehrers aus. Ein zweiter Lehrer, der auf der Basis anderer Unterscheidungskriterien beobachtet, könnte zu ganz anderen Bezeichnungen (z. B. die „sorgsamen“ und die „nachlässigen“ Kinder statt die „schnellen“ und die „langsamen“ Kinder) kommen.<sup>201</sup> Als Pädagoge kann es hilfreich sein, sich darüber bewusst zu sein, dass Eigenschaftszuschreibungen - aus systemtheoretischer Sicht - Konstruktionen sind, die kein Abbild der „Wirklichkeit“ darstellen, sondern auf der Basis eigener Beobachtungen eine „Wirklichkeit“ konstruieren.

Bei dieser Konstruktion spielt ebenfalls die Bezeichnung, also die Verwendung von Sprache, eine Rolle. Die strenge Unterscheidung zwischen der Landschaft und der Landkarte kann hilfreich sein, das Wort (die Bezeichnung) nicht mit dem zu verwechseln, was es bezeichnet (das Phänomen als solches).<sup>202</sup> Wittgenstein formulierte in seinem *Tractatus*: „Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt“<sup>203</sup>. Er postulierte, dass die Sprache nicht nur der Beschreibung, sondern vielmehr der Erzeugung von „Wirklichkeit“ diene. Auf seine Sprachtheorie kann an dieser Stelle nicht im Einzelnen eingegangen werden. Es könnte jedoch möglicherweise lohnenswert sein, sich im Kontext des „Verhaltensstörungsbegriff“ dieser an anderer Stelle zu widmen.

Der Beobachter ist nicht nur an sich selbst und seine Sprache gebunden. Er ist vielmehr mit seinen individuellen „Wirklichkeitskonstruktionen“ auch an soziale Situationen ge-

---

Auf Spencer-Brown verweist überdies Simon 1995, S. 14f.

201 Vgl. Palmowski 2015, S. 85.

202 Vgl. Lieb S. 28f.

Auch de Saussure macht (in sprachwissenschaftlichen Kontexten) darauf aufmerksam, dass das Bezeichnete (Signifikat) nicht mit dem Bezeichnenden (Signifikant) gleichzusetzen ist, da beide in einem arbiträren Verhältnis stehen (vgl. Peter Prechtel, *Saussure zur Einführung*, Hamburg 1994, S. 60-68).

203 Ludwig Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*, Frankfurt a. M. 1984 (Erstveröffentlichung 1921), Satz 5.6.



bunden.<sup>204</sup> Simon stellt im Kontext sozialer Eingebundenheit fest, dass die basale Definition von Beobachten als Unterscheiden und Bezeichnen nicht ausreicht,

„um angemessen zu erfassen, wie aus einzelnen Zeichen komplexe Wirklichkeitskonstruktionen werden, z. B. die Konstrukte „Krankheit“ und „Gesundheit“ mit all ihren Implikationen.“<sup>205</sup>

Er differenziert daraufhin den Begriff des Beobachtens, indem er zwischen den drei Ebenen Beschreiben, Erklären und Bewerten unterscheidet.

Beschreiben zeichne sich, so Simon, dadurch aus, dass eine (möglichst) interpretations- und bewertungsfreie Bezeichnung eines Phänomens stattfindet. In Anlehnung an Geertz spricht er von einer „dünnen“ Beschreibung<sup>206</sup>, die eine reine, zunächst sinnfreie Datenerhebung darstellt. Simon hat durchaus im Blick, dass das reine Beschreiben aufgrund der Konnotationen der in der Sprache genutzten Wörter und Begriffe sowohl in der Alltagskommunikation als auch im wissenschaftlichen Diskurs im Prinzip kaum möglich ist, betont aber, dass dies dennoch versucht werden müsse. Nur so ist es möglich, die Beschreibung von der Erklärung zu trennen.

Während nämlich die Beschreibung im Phänomenbereich angesiedelt ist, ist mit der Erklärung „die Modellierung eines Mechanismus [...], der das beschriebene Phänomen produziert bzw. produzieren könnte“<sup>207</sup>, gemeint. Meist handele es sich dabei, so Simon, um die Anwendung eines Erklärungsprinzips, welches die Logik der Verknüpfung von beschriebenen Phänomene (Ursache) mit einem weiteren Phänomen (Wirkung) suggeriert. So wird bspw. ein Symptom als Wirkung (Paul zeigt sich überdurchschnittlich „hyperaktiv“ und „unaufmerksam“) mit einer Krankheit als Ursache (Paul hat eine „ADHS“) verknüpft. Solche Erklärungsprinzipien sagen nicht viel über die beschriebenen Phänomene als solche aus, sondern sie drücken aus, dass ein sozialer Einigungsprozess stattgefunden hat, eine bestimmte Erklärung allgemein als gültig und verbindlich zu akzeptieren. Die beschriebenen Phänomene sind theoretisch stets für alternative Erklärungen offen, mit deren Hilfe man zum gleichen phänomenalen Resultat kommen könnte.

Der dritte und letzte Aspekt des Beobachtens, das Bewerten, bezieht sich darauf, dass ein Beobachter die beobachteten Phänomene gemäß sehr unterschiedlicher Kriterien, z.

---

204 Vgl. Störmer 2013, S. 49.

205 Simon 1995, S. 16.

206 Simon bezieht sich dabei auf Clifford Geertz, *Dichte Beschreibungen. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*, übers. von Rolf Bindemann; Brigitte Luchesi, Frankfurt a. M. 1983, insbes. S. 10f.

207 Humberto Maturana, *Biologie der Sprache: die Epistemologie der Realität*, in: ders., *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit*, Braunschweig 1982, S. 238, zitiert nach Simon 1995, S. 18.

B. moralisch, normativ oder ökonomisch, bewerten kann. Welche Kriterien einen Beobachter leiten, ist im Einzelfall zu reflektieren. Eine „Verhaltensstörung“ könnte z. B. als eine normative Bewertung interpretiert werden.<sup>208</sup>

Entscheidend ist, dass eine individuelle Beobachtung in eine soziale und gesellschaftliche „Wirklichkeit“ eingebettet ist. Welche Verhaltensweisen als „gesund“ oder „krank“ bzw. „normal“ oder „gestört“ beobachtet werden, entscheidet der Konsens, der sich in Erklärungen und Bewertungen realisiert, und nicht das Phänomen selbst. So herrscht z. B. eine (bewertende) Einigkeit darüber, dass Kinder sich im Unterricht nicht unkonzentriert und abgelenkt zeigen sollen. Somit wird von „Verhaltensstörungen“ überwiegend dort gesprochen,

„wo Akte der Abweichung von einer fiktiven Norm deutlich werden, die im gesellschaftlichen Kontext gemäß der dort geltenden Maßstäbe als störend beurteilt [bewertet] werden.“<sup>209</sup>

„Verhaltensstörungen“ sind demnach - aus systemtheoretischer Sicht - keine vorherrschenden Entitäten (Phänomene), die es zu entdecken gilt, sondern soziale Konstrukte die beobachtet, provokativ ausgedrückt: „erfunden“, werden.<sup>210</sup>

Die Relevanz der drei Beobachtungsdimensionen kann noch einmal verdeutlicht werden, wenn man das Verhaltensbündel, das im medizinischen Diskurs als Syndrom unter dem Namen „ADHS“ zusammengefasst wird, beleuchtet. Paul klettert über Tische und Bänke, er redet exzessiv und erledigt seine Aufgaben unkonzentriert. Dieses Verhalten wird von Eltern und Lehrern als „sozial auffällig“ bzw. „störend“ bezeichnet. Bereits die Formulierung „unkonzentriert“ ist keine „dünne“ Beschreibung mehr, sondern eine Bewertung. Ebenso verhält es sich mit der Bezeichnung „sozial auffällig“. Wenn die „Störung“ so weit geht, dass bei Eltern und Lehrern das Bedürfnis entsteht, diese zu beseitigen, beginnt die Suche nach Erklärungen. Das Verhalten könnte z. B. bewusst von Paul gewählt sein (Paul ist boshaft), es könnte eine Reaktion auf seine Umwelt sein (Paul mag den Lehrer nicht) oder Resultat einer Krankheit sein (Paul hat eine „ADHS“). Entscheiden sich Eltern und Lehrer für die dritte Erklärung, sind sowohl das Kind als auch das jeweilige erwachsene Gegenüber unschuldig an Pauls Verhalten. In diesem Fall hat die ursprüngliche Bewertung (Pauls Verhalten ist „sozial auffällig“) die Suche nach einer Erklärung (Paul ist krank) induziert, welche wiederum die Bewertung (Paul und

---

208 Vgl. Simon 1995, S. 17-20.

209 Störmer 2013, S. 61.

210 Vgl. Winfried Palmowski, Verhaltensstörung als Konstrukt von Sprache, in: *System Schule*, 8 (1999), Heft 4, S. 108-114 (hier: S. 112).

weitere Beteiligte sind unschuldig) verändert.

## 7.2 Das Kind als lebendes, nichttriviales System

Nachdem die Operationen des Beobachters ausgeleuchtet wurden, möchte ich im Anschluss den Beobachtungsgegenstand ins Zentrum der Betrachtung stellen. Bei dem Beobachtungsgegenstand, der im Fokus der Unterscheidung „krank“ und „gesund“ bzw. „verhaltensgestört“ und „verhaltensnormal“ steht, handelt es sich um ein Kind bzw. das Verhalten eines Kindes. Das System Kind fällt in der Terminologie von von Foerster unter die Kategorie der sogenannten lebenden, nichttrivialen Maschinen. Im Folgenden soll daher erläutert, wie eine derartige Maschine organisiert ist.

### 7.2.1 Triviale und nichttriviale Maschinen

Der Physiker und Kybernetiker Heinz von Foerster nimmt in seinen Untersuchungen eine Unterscheidung zwischen trivialen und nichttrivialen Maschinen vor. Eine triviale Maschine, wie z. B. ein Computer, ist dadurch gekennzeichnet, dass sie durch ihre Operationen fehlerfrei und unveränderlich Ursachen mit Wirkungen verknüpft. Wenn man auf einer Tastatur einen Buchstaben eingibt (Input), so erscheint auf Basis einer internen Operation dieser Buchstabe auf dem Bildschirm (Output). Es liegt dementsprechend ein linearer, kausaler Zusammenhang zwischen Input und Output vor. Der Output Y ist eine Funktion des Inputs X (vgl. Abb. 8). Bei nichttrivialen Maschinen, zu denen alle Formen organischer, psychischer und sozialer Systeme gehören, verhält es sich anders. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass der Output eine Funktion von dem Input *und* dem internen Zustand ist (vgl. Abb. 8).<sup>211</sup>

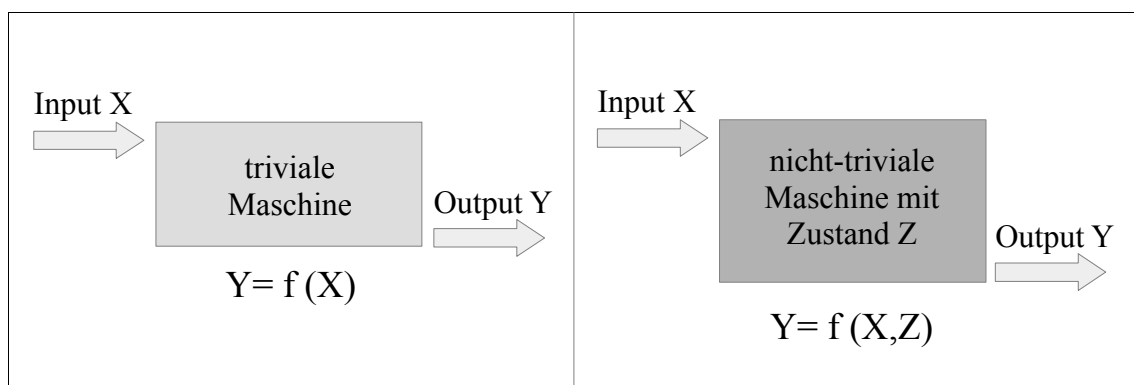


Abbildung 8: Funktionsweise triviale und nichttriviale Maschine

Dieser interne Zustand verändert sich wiederum mit jedem weiteren Input. Der Input

<sup>211</sup> Von Foerster hat errechnet, dass eine Maschine mit lediglich vier Ein- bzw. Ausgabemöglichkeiten bereits  $2^{8192}$  mögliche Zustände haben kann (vgl. Heinz von Foerster, Entdecken oder Erfinden. Wie lässt sich Verstehen verstehen?, in: Heinz Gumin; Heinrich Meier (Hg.), *Einführung in den Konstruktivismus*, München 2009, S. 41-88 (hier: S. 65).

beeinflusst somit den Zustand, der wiederum den nächsten Output beeinflusst. Von Foerster nennt dieses Prinzip das Prinzip der Zirkularität. Dieses erläutert er am Beispiel eines Steuermanns:

Ein Steuermann, der sein Boot in den Hafen bringen will, absolviert hierfür kein von vornherein festgelegtes Programm, sondern er nutzt je nach Bedingungen einige Varietäten. Wenn z. B. der Wind stark von links bläst, so korrigiert er den Kurs nach rechts - vielleicht ein wenig zu weit, so dass er wieder in entgegengesetzte Richtung gegensteuern muss. Die Ursache wird zur Wirkung. Diese Wirkung führt wiederum zu einer neuen Ursache usw. Eine Ursache für eine Folge wird somit ausgeschlossen, da von Foerster davon ausgeht, dass Folgen sich in Form von rekursiven zirkulären Schleifen, die sich selber einspielen, herstellen. Diese Erkenntnis der Zirkularität löse, so von Foerster, die Idee der linearen Kausalität ab.<sup>212</sup>

„Das System Paul funktioniert nicht korrekt“ wäre unter diesen Prämissen weder Beschreibung noch Erklärung, da der Beobachter keine Möglichkeit hat, Pauls interne Zustände und deren zirkuläre Wirkungsweise zu beobachten. Das nichttriviale System bleibt für den Beobachter intransparent. Ludewig äußert sich zu diesen Annahmen wie folgt:

„Die zurzeit in der Psychiatrie bevorzugte konzeptionelle Form, nämlich das Störungskonzept, erfordert ein genaues Wissen über die 'richtige' Funktionsweise des diagnostizierten Menschen. Erst damit verglichen, kann eine Störung als unzulässige Abweichung vom Richtigen erkannt werden. Gleiches gilt für solche Konzepte wie Dysfunktionalität, Abweichung oder Entwicklungsstörung. [...] Eine 'Störung' als Abweichung einer sonst üblichen - normalen - Funktionsweise bei einer Maschine festzustellen ist meistens kein großes Problem. Nichttriviale 'Maschinen' hingegen, zu denen Lebewesen gehören, durchlaufen aufgrund ihrer Komplexität andauernde strukturelle Veränderungen im Verlauf ihres Operierens. Weder eine genaue Kenntnis über ihren Aufbau noch eine genaue Beobachtung ihrer Arbeitsweise versetzen in die Lage, den aktuellen Zustand eines solchen Systems präzise zu erfassen. Daher kann weder eine exakte Diagnose noch eine einfache Reparatur erwartet werden.“<sup>213</sup>

Er macht hier deutlich, dass ein Beobachter selbst dann, wenn er über Kenntnisse darüber verfügen würde, wie ein Mensch „richtig“ zu funktionieren hätte, keine abweichende Funktion (Krankheit) an einem Menschen feststellen könnte, da er auf Grundlage der zirkulären Funktionsweise nicht in der Lage wäre, den aktuellen internen Zustand des Gegenübers zu beobachten. Bei diesen Betrachtungen findet der Umstand, dass Paul nicht nur eine nichttriviale, sondern darüber hinaus eine lebende nichttriviale Maschine ist, noch keine Berücksichtigung.

212 Vgl. Heinz von Foerster; Bernhard Pörksen, *Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Gespräche für Skeptiker*, 11. Aufl., Heidelberg 2016, S. 54-59 sowie S. 65f. und S. 105-108.

213 Ludewig 2005, S. 84.

## 7.2.2 Lebende, nichttriviale Maschinen

Lebende Systeme unterscheiden sich von nichtlebenden Systemen dadurch, dass sie autopoietisch organisiert sind. Diese Selbstorganisationsform hat operationale Geschlossenheit und Struktur determiniertheit zur Folge. Was im „Inneren“ eines Systems geschieht, bestimmt das System selbst, denn „autopoietische Systeme verhalten sich immer und ausschließlich aufgrund ihrer aktuellen internen Strukturen und Prozesse. Darin besteht ihre Autonomie.“<sup>214</sup> Autonomie meint dabei nicht, dass Systeme unabhängig von ihrer Umwelt sind. Sie bezeichnet vielmehr den Umstand, dass Systeme auf äußere Auslöser (Perturbationen<sup>215</sup>) intern und unvorhersehbar reagieren.<sup>216</sup>

Unter systemtheoretischen Prämissen kann daher jede Form von Verhalten als Reaktion des Systems auf eine Perturbation durch seine Umwelt betrachtet werden. Der autopoietische Prozess wird von außen, ggf. auch von sich selbst, verstört. Das lebende System versucht nun, diese Verstörung auf Grundlage seiner internen Organisation und Struktur auszugleichen oder abzuwehren, um die Integrität bzw. das Gleichgewicht des Systems zu wahren. Für das betreffende System ist sein interner Umbau bzw. sein nach außen sichtbares Verhalten funktional, denn es dient dem Überleben. Kann eine Perturbation nicht bewältigt werden, endet die Autopoiesis und die Grenze zur Umwelt löst sich auf. Damit würde sich auch das System auflösen.<sup>217</sup> Unter diesen Gesichtspunkten unterscheiden sich Prozesse, die unter einer medizinischen Perspektivierung zu Symptomen, Störungen oder Krankheiten führen, aus systemtheoretischer Sicht nicht von denen, die zu als „gesund“ oder „normal“ bezeichneten Prozessen führen.<sup>218</sup> Diesen Annahmen folgend, könnte man das, was aus einer medizinischen Perspektivierung als Symptom beobachtet wird (z. B. fuchtelt mit Händen und Füßen, windet sich am Platz und redet häufig exzessiv), nicht als „gestörte“ oder „kranke“, sondern als funktionale Reaktion Pauls auf seine Umwelt beobachten. So wäre denkbar, dass der Unterricht Paul langweilt oder ihn an seinem ausgeprägten Bewegungsdrang hindert, so dass er

214 Fritz B. Simon, *Einführung in die Systemtheorie und Konstruktivismus*, 2. Aufl., Heidelberg 2007, S. 53.

215 In soziologischen Kontexten wird auch der Begriff der Irritationen genutzt (vgl. Simon 2007, S. 53).

Der Begriff der Perturbation geht auf Maturana zurück. In der ersten deutschen Veröffentlichung Maturanas wurde er mit „Einwirkung“ übersetzt. Mittlerweile wird im Deutschen die Übersetzung „Störung“ genutzt. Maturana hat den Begriff eingeführt, um deutlich zu machen, dass Interventionen ein System *sowohl* negativ als auch positiv stören, jedoch nicht zerstören können (vgl. Kurt Ludewig; Humberto R. Maturana, *Gespräche mit Humberto Maturana. Fragen zur Biologie, Psychotherapie und den „Baum der Erkenntnis“ oder: Die Fragen, die ich ihm schon immer stellen wollte*, Santiago 2006, S. 46, online verfügbar unter: <http://www.systemmagazin.de/bibliothek/texte/ludewig-maturana.pdf>, letzter Zugriff am 07.09.2017).

216 Vgl. Maturana 1982, S. 243.

217 Vgl. Simon 1995, S. 43-45.

218 Vgl. Lieb 2017, S. 17 und S. 125.

nun mit seinen, ihm zur Verfügung stehenden Mitteln versucht, diesen Mangel zu kompensieren. Aus dieser systemtheoretischen Perspektivierung bestünde dann möglicherweise die Herausforderung an die Pädagogik im Hinblick auf Pauls „abweichendes“ Verhalten darin, die Funktionalität des Verhaltens zu verstehen und nicht das beobachtete Verhalten zu unterbinden.

Möchte man beim Begriff der „Verhaltensstörung“ bleiben, so wäre nicht das (beobachtete) Verhalten von Paul „gestört“. Vielmehr ist der autopoietische Prozess durch eine Perturbation „gestört“. Jede Form des „abweichenden“ Verhaltens wäre dann „eine strukturdeterminiert angemessene Antwort auf eine vorausgehende Ver-Störung, die es zu bewältigen gilt.“<sup>219</sup> Der Beobachtungsgegenstand wäre sodann nicht mehr das vermeintlich „gestörte“ System Kind, sondern „verstörte“ Beziehungen bzw. Kommunikationen oder Interaktionen zwischen dem System und seiner Umwelt. So betonen Schlippe und Schweitzer:

„Ein besonderer Beitrag eines systemischen Verständnisses von Krankheit ist es, diese nicht als ein persönliches Merkmal anzusehen, das ein einzelner Mensch für sich alleine hat, mit dem er gar im Sinne einer dominierenden Eigenschaft identisch ist oder auf das er von anderen reduziert werden kann. Vielmehr wird Krankheit als Teil einer größeren, je nach Perspektive als störend oder gestört erlebten Interaktion angesehen, an der eine oder mehrere Personen so sehr leiden, dass ihnen Krankheitswert zugeschrieben wird.“<sup>220</sup>

Folgt man dieser systemtheoretischen Perspektivierung, so kann es im Hinblick auf „abweichende“ Verhaltensweisen gewinnbringend sein, den Kontext, in dem ein Verhalten auftritt, in die Beobachtung miteinzubeziehen.

### **7.3 Die Bedeutung des Kontextes**

Wie wichtig der Kontext ist, in dem „abweichendes“ Verhalten beobachtet wird, betont Palmowski in Anlehnung an Bateson, wenn er schreibt:

„Alles, was passiert, ereignet sich in irgendeinem Zusammenhang, einem Kontext und die Bedeutung des Geschehens ergibt sich nur aus diesem.“<sup>221</sup>

Dieses Postulat untermauert Palmowski mit einem Beispiel:

Man stelle sich vor, man bekäme die Aufgabe, Zettel, auf die verschiedene Verhaltensweisen notiert wurden, nach „normalen“ bzw. „abweichenden“ Verhaltensweisen zu sortieren. Unter anderem stünden die Zettel „herzhaftes Lachen“ und „eine Pappnase tragen“ zur Verfügung. Mit einer großen Wahrscheinlichkeit, so Palmowski, würde „herzhaftes Lachen“ von der Mehrheit in die Kategorie „normales Verhalten“ einsortiert, wo-

219 Lieb 2014, S. 127.

220 Schweitzer; von Schlippe, 2007b, S. 15.

221 Palmowski 2015, S. 39.

hingegen „eine Pappnase tragen“ in „abweichendes“ Verhalten eingeordnet würde. Diese Sortierung würde sich jedoch höchstwahrscheinlich ändern, wenn in einem zweiten Schritt Kontextbedingungen hinzugefügt würden. Stünde nun „herzhaftes Lachen“ im Kontext der Beerdigung und „eine Pappnase tragen“ im Kontext des Rosenmontags, würde mit großer Wahrscheinlichkeit ersteres in die Kategorie „abweichend“ und zweiteres in die Kategorie „normal“ einsortiert werden. Ähnliches ist bei der Verhaltensweise „klettert über Tische und Bänke“ denkbar. Im Kontext Unterricht würde man den Zettel vermutlich eher in die Gruppe „abweichendes Verhalten“ einordnen. Im Kontext eines „Ich-darf-den-Boden-nicht-berühren-Spiels“ würde man sich hingegen wahrscheinlich für die Gruppe „normales Verhalten“ entscheiden.

Doch auch wenn das „über Tische und Bänke klettern“ im Kontext Schule für den Beobachter höchstwahrscheinlich als „abweichend“ bewertet (nicht beschrieben!) wird, kann es, wie weiter oben bereits erläutert, eine sinnhafte<sup>222</sup> Funktion für Paul erfüllen. Für den Pädagogen, z. B. den Lehrer, kann es daher lohnenswert sein, denkbare Funktionen in den Beobachtungskontext einzubeziehen. Da sich die Funktion im Bezugsrahmen eines sozialen Systems, z. B. einer Interaktion, zeigt, ist an dieser Stelle eine medizinische, statische Personengebundenheit (Paul ist krank) wenig hilfreich. Simon macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass Krankheit im Sinne einer funktionalen Erklärung eines Verhaltens eine „entkommunizierende Wirkung“ habe. „Ihm [dem Verhalten] werden die Bedeutung, der Mitteilungscharakter innerhalb des Kommunikationssystems abgesprochen. Anders gesagt: Ihm wird der Sinn, es sei 'sinnlos', zugeschrieben.“<sup>223</sup> Dies kann zur Folge haben, dass die Kommunikationsmöglichkeiten der Beteiligten (z. B. Lehrer, Eltern und der „Betroffenen“ selbst) eingegrenzt bzw. eventuell sogar gänzlich beendet sind. Da das Erziehungssystem auf der Basis von Interaktion und Kommunikation operiert, kann die Übernahme „entkommunizierender“ Krankheitskonzepte im Hinblick auf mögliche Anschlussfähigkeiten wenig fruchtbar sein.

Um ein höheres Maß an kommunikativer Anschlussfähigkeit zu erreichen, schlägt Simon daher die „Dekonstruktion des Krankheitsbegriffs“<sup>224</sup> vor. Hierfür wird das Kon-

---

222 „Sinnhaft“ ist hier im Sinne von „zur Aufrechterhaltung der Autopoiesis“ gemeint.

223 Fritz B. Simon, Krankheit, in: Jan V. Wirth; Heiko Kleve (Hg.), *Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie*, Heidelberg 2012, S. 231-233 (hier: S. 233).

224 Der in der Philosophie von Derrida geprägte Begriff der Dekonstruktion ist nach Wirth eine Metamethode, die dazu dient, als selbstverständlich wahrgenommene Wirklichkeiten, Gewohnheiten, Wahrheiten zu erschüttern bzw. aufzuweichen (vgl. Jan V. Wirth, Dekonstruktion, in: ders.; Heiko Kleve (Hg.), *Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie*, Heidelberg 2012, S. 64-68 (hier: S. 64).

Lieb schreibt zur Dekonstruktion: „Das 'Objekt' von Dekonstruktionen sind nach Luhmann nicht Ob-

zept der Krankheit als Entität verflüssigt. Das „abweichende“ Verhalten wird in den zeitlichen und sozialen Kontext gestellt, um ihm einen neuen Sinn zuzuschreiben. „Ein nichtverstehbares Symptom kann so zur Handlung umdefiniert werden, die einer - wenn auch vom Durchschnitt abweichenden - Rationalität folgt.“<sup>225</sup>

Für ein ähnliches Vorgehen plädieren auch Lieb und Schleiffer. Lieb postuliert, dass die Arbeit mit Klassifikationskatalogen wie ICD und DSM im Hinblick auf „abweichende“ Verhaltensweisen nicht weiter helfe, da derartige Kataloge „Störungen“ phänomenologisch und personenbezogen klassifizieren. Liebs Postulat, welches im Rahmen psychotherapeutischer Arbeit entstand, könnte man ggf. auch für die im erziehungswissenschaftlichen Diskurs vorhandenen „Symptomlisten“ geltend machen. Operationalisierungen von beobachtbaren Verhaltensweisen, so exakt sie auch sein mögen, können keine Auskunft über zeitliche sowie soziale Kontexte und mögliche Funktionen, die die Verhaltensweisen für ein System haben könnten, geben.<sup>226</sup>

Lieb und Schleiffer schlagen daher, in Anlehnung an Luhmann, als Ergänzung zu medizinischen, personengebundenen Krankheitskonzepten die sogenannte Funktionale Analyse vor. Diese Methode, die grundsätzlich auf jedes Verhalten anwendbar ist, kann ggf. ebenso wie die Dekonstruktion neue kommunikative Anschlussmöglichkeiten im Hinblick auf „abweichendes“ Verhalten bieten. Im Kern dieser Methode steht die Frage: Für welches Problem kann das gezeigte Verhalten eine Lösung für das System darstellen?<sup>227</sup>

Oder um es in Luhmanns Worten zu sagen:

„Die theoretische Leistung einer funktionalen Analyse besteht [dann] darin, ein überzeugendes Problem zu konstruieren, für das sich das zur Diskussion stehende Verhalten als Problemlösungsversuch eignet.“<sup>228</sup>

Im Laufe der Problemkonstruktionen kann nach Funktionsäquivalenzen gesucht werden, die mit weniger Nachteilen sowohl für „Betroffene“ als auch für die Umwelt (z. B. Lehrer oder Klassenkameraden) verbunden sind.<sup>229</sup>

Ein Patentrezept für eine Funktionale Analyse gibt es nicht. Vorgegebene Instruktionsmaßnahmen sind aus systemtheoretischer Sicht im Hinblick auf autopoietische Systeme

---

jekte, sondern beobachtende Systeme. Man beobachtet deren Beobachtungen [Beobachtung zweiter Ordnung], entdeckt deren blinde Flecken und zeigt alternative Perspektiven auf. Dekonstruktion heißt nicht, gegen bestehende Konstruktionen anzurennen oder neue anzubieten. Es bedeutet vielmehr, einen dekonstruierenden Dialog in Gang zu setzen. Das im Unterscheidungsakt I (*distinction*) und II (*indication*) Ausgeschlossene, von dem das Eingeschlossene unterschieden wird, wird z. B. in den Blick genommen bzw. die Prämissen dieser Unterscheidung werden reflektiert“ (Lieb 2014, S. 145).

225 Simon 2012, S. 233.

226 Vgl. Lieb 2014, S. 24.

227 Vgl. ebd., S. 135.

228 Luhmann 1988, S. 86.

229 Vgl. Roland Schleiffer, *Verhaltensstörungen. Sinn und Funktion*, Heidelberg 2012, S. 14f.



ohnehin nicht möglich. Der Pädagoge kann lediglich versuchen, durch Perturbationen den Zu-Erziehenden zu verstören. Im Rahmen der Funktionalen Analyse bestünde die Aufgabe des Pädagogen dann darin, das Spektrum an möglichen Perturbationen zu erweitern. Auf Grundlage der Struktur determiniertheit entscheidet das System dann selbst, ob und wie es auf die Perturbation reagiert.

Auch wenn die Funktionale Analyse nur eine Struktur und keinen Inhalt vorgeben kann, macht Lieb einige Vorschläge, welche denkbaren Funktionen ein Symptom erfüllen könnte.<sup>230</sup> Er stellt diese Funktionsvorschläge in den Bezugsrahmen der Psychotherapie. Möglicherweise können diese auch für pädagogische Kontexte fruchtbar gemacht werden. So könnte man ggf. den von ihm verwendeten medizinischen Begriff des Symptoms durch die systemtheoretische Bezeichnung „als abweichend beobachtetes Verhalten“ austauschen und sich so Anregungen für eine Funktionale Analyse holen. Eine solche Anregung könnte bspw. Liebs Differenzierung von Symptomfunktionen auf Grundlage verschiedener Systemebenen sein. Zum einen, so Lieb, habe das Symptom eine *primäre Funktion* für den Organismus im Sinne eines Spannungsabbaus und der damit verknüpften Erleichterung. Als Beispiel nennt er hier eine „aggressive Explosion“. Die *sekundäre Funktion* ordnet er dem psychischen System zu. Sie besteht darin, etwas zu bekommen, was man sonst nicht bekäme (z. B. Aufmerksamkeit), oder etwas zu verhindern, was sonst stattfinden würde (z. B. Leistungserwartungen). Besonders interessant für pädagogische Kontexte könnte die *tertiäre Funktion* sein. Hier erfüllt das Symptom keine Funktion für das autopoietische System, das es generiert, sondern für das soziale System. Lieb führt in diesem Zusammenhang das Beispiel eines Jugendlichen an, der durch sein aggressiv-kriminelles Verhalten die Aufmerksamkeit der Umwelt auf sich lenkt. Mit diesem Verhalten könnte er möglicherweise das soziale System dahingehend entlasten, als dass es von dem Umstand, dass die Mitglieder der Familie untereinander aggressiv sind, ablenkt.<sup>231</sup>

Zu betonen ist, dass alle Funktionsvorschläge im systemtheoretischen Sinne Konstrukte eines Beobachters sind. Es gibt keine „wahre“ und keine „weniger wahre“ Funktion. Das Beobachten von und Sprechen über Funktionen dient nicht dazu, die „Wirklichkeit“ abzubilden, sondern die Perspektiven und damit die Kommunikations- und Handlungsoptionen der Beteiligten zu erweitern. In diesem Sinne können Orientierungsvorschläge wie der von Lieb als *Beobachtungsmöglichkeiten* betrachtet werden, die situativ und in-

---

230 Vgl. Lieb 2014, S. 154-162.

231 Vgl. ebd., S. 241f.

dividuell genutzt werden *können*.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass systemische Methoden wie die Dekonstruktion des Krankheitsbegriffs oder die Funktionale Analyse von Verhaltensweisen für pädagogische Kontexte nutzbringend sein können. Sie sind in der Lage, medizinische „Verhaltensstörungskonzepte“, die mit statischen, personengebundenen Konzepten arbeiten, zu ergänzen, indem sie den Pädagogen als Bestandteil des Systems, in dem sich „abweichendes“ Verhalten beobachten lässt, einbeziehen. Dies kann seine Kommunikations- und Handlungsspielräume erweitern.

## 8. Die „ADHS“ aus medizinischer und systemtheoretischer Sicht

Das Syndrom der „ADHS“ steht im öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs immer wieder zur Diskussion.<sup>232</sup> Im Rahmen der Forschungsfrage interessiere ich mich jedoch nicht dafür, ob die Diagnose „ADHS“ „berechtigt“ oder „unberechtigt“ ist. Mein Fokus liegt im Folgenden vielmehr darauf, exemplarisch aufzuzeigen, inwieweit eine systemtheoretische Perspektivierung auf „hyperaktives, unaufmerksames“ Verhalten medizinische Perspektivierungen in pädagogischen Kontexten fruchtbar ergänzen kann. Die Erweiterung von Kommunikations- und Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit „hyperaktiven, unaufmerksamen“ Kindern stehen dabei im Zentrum meiner Betrachtungen.

### 8.1 „Hyperaktives, unaufmerksames“ Verhalten als Symptom einer „ADHS“

Die Erkrankung, die heute unter dem Namen „ADHS“ bekannt ist, hat in der Vergangenheit eine Reihe von Bezeichnungen durchlaufen. Sie reichen von „minimal brain damage“ über „hyperkinetic impulse disorder“ bis hin zu „minimal brain dysfunction“ (kurz: MBD). Letztere etablierte sich in der Medizin ab Mitte der 60er Jahre zunächst zur dominierenden Bezeichnung. Das öffentliche Interesse an der MBD nahm zu. Es entstanden zunehmend Artikel in den Massenmedien, die sich mit der Thematik beschäftigten. Die Medizin trieb die Erforschung des Syndroms voran.

Im DSM III, der 1980 erschien, erfolgte ein Wechsel der Perspektivierung von der „Hyperaktivität“ hin zum „Aufmerksamkeitsdefizit“. Entsprechend wurde der neue Begriff „attention deficit disorder“ (deutsch: „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“, kurz: „ADS“) eingeführt. Das „ADS“ wurde in zwei Subtypen unterteilt: „ADS“ mit und „ADS“ ohne Hyperaktivität. Insgesamt wurden im DSM III fünf Symptome für Unaufmerksamkeit, sechs für Impulsivität und fünf für Hyperaktivität benannt. Um eine „ADS“ diagnostizieren zu können, mussten mindestens drei Symptome der ersten beiden Kategorien und zwei der dritten Kategorie erfüllt sein. In der Revision DSM III-R, welche 1987 erschien, wurde der Subtyp „ohne Hyperaktivität“ fallen gelassen und die Störung wurde zum „attention deficit hyperactivity disorder“ (deutsch: Aufmerksamkeitsdefizithyperaktivitätsstörung, kurz: „ADHS“) umbenannt. Diese Bezeichnung hat bis heute Bestand.

Im deutschsprachigen ICD findet die „ADHS“ ihre erste Nennung in der achten Ausgabe, die im Jahr 1974 veröffentlicht wurde. Bis heute liegt der Fokus im aktuellen ICD 10 im Gegensatz zum amerikanischen Klassifikationskatalog auf der „Hyperaktivität“.

---

<sup>232</sup> Vgl. Birte Gebhardt, *Mit ADHS vom Kindergarten in die Schule. Wie Eltern den Übergang erleben*, Wiesbaden 2016, S. 23.

Die Kriterien des ICD finden in der Diagnostik der „ADHS“ in der Praxis jedoch kaum Beachtung. Die klinische Diagnose erfolgt zumeist auf der Basis der aktuellen Kriterien des DSM IV (vgl. Abb. 4).<sup>233</sup> Hier ist, ähnlich wie im damaligen DSM III, genau vorgegeben, wie viele Symptome einer bestimmten Unterkategorie beobachtet werden müssen, um eine „ADHS“ diagnostizieren zu können. Im Psychrembel wird die „ADHS“ dementsprechend definiert als

„psychische Störung mit Leitsymptomen Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Überaktivität (Hyperaktivität, motor. Unruhe) u. Impulsivität, die in einem für den Entwicklungsstand des Betroffenen abnormen Ausmaß situationsübergreifend auftritt.“<sup>234</sup>

Für die Erstellung einer Diagnose werden Erwachsene im Rahmen eines diagnostischen Gesprächs befragt. Darüber hinaus werden testpsychologische Verfahren sowie eine (somatische) Ausschlussdiagnostik herangezogen. Des Weiteren kommen Selbstbeurteilungsbögen zum Einsatz, welche zum einen retrospektiv Auskünfte über Symptome in der Kindheit geben sollen und zum anderen die aktuelle „Symptom-Situation“ erfassen sollen. Bei Kindern stehen nebst testpsychologischer Verfahren und einer (somatischen) Ausschlussdiagnostik vorrangig Gespräche mit Eltern oder Lehrern bzw. die Auswertung von Eltern- und Lehrerfragebögen<sup>235</sup> im Fokus der Diagnostik.<sup>236</sup>

Die Erkrankung „ADHS“ ist aus medizinischer Sicht als Entität „in der Welt“ existent. Anhand zu beobachtender Symptome gilt es, diese im Menschen zu lokalisierende Entität zu „entdecken“, um sodann den defizitären Zustand in Körper und/oder Psyche mit Hilfe einer Therapie zu beseitigen. Gelingt es, den Ursprung der Symptome - die Krankheit „ADHS“- zu beseitigen, so verschwinden auch die als abweichend beobachteten Verhaltensweisen (Symptome).

## 8.2 „Hyperaktives, unaufmerksames“ Verhalten als funktionale Lösung

Aus systemtheoretischer Sicht ist die Beobachtung von sogenannten hyperaktiven und unaufmerksamen Verhaltensweisen als Krankheitsanzeichen für eine „ADHS“ nur eine Beobachtungsmöglichkeit. Eine weitere Beobachtungsmöglichkeit besteht darin, „hyperaktive, unaufmerksame“ Verhaltensweisen als kontextabhängige, funktionale Lösung

---

233 Vgl. Andreas Müller; Gian Candrian; Juri Kropotov, *ADHS: Neurodiagnostik in der Praxis*, Berlin; Heidelberg 2011, S. 36-38.

234 Psychrembel 2014, S. 27.

235 Vgl. I. Just, *Elternfragebogen bei Kindern mit Verdacht auf ADHS*, online verfügbar unter [https://www.kinderaerzte-im-netz.de/media/53ec952133af614b73009ce/source/20070407191435\\_adhs-fragenbogen-nach-i\\_just\\_xls.pdf](https://www.kinderaerzte-im-netz.de/media/53ec952133af614b73009ce/source/20070407191435_adhs-fragenbogen-nach-i_just_xls.pdf), letzter Zugriff am 04.10.2017.

236 Vgl. Bernd Hesslinger; Alexandra Philipsen; Harald Richter, *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter: Ein Arbeitsbuch*, Göttingen u. a. 2004, S. 16-18.

für ein bestehendes Problem zu beobachten.

### 8.2.1 Die „ADHS“ als „Wirklichkeitskonstruktion“

Auf Grundlage konstruktivistisch-systemtheoretischer Überlegungen ist eine „ADHS“ nicht als Entität in der „Welt“ bzw. „im Kind“ vorhanden. Sie wird vielmehr von einem Beobachter konstruiert.

Der Beobachter einer „ADHS“ trifft, wenn man den Annahmen Spencer-Browns folgt, im Rahmen seiner Beobachtungen zunächst zwei Unterscheidungen. Zum einen teilt er ein Innen von einem Außen. So interessiert er sich für kindliches Verhalten (*marked space*) und unterscheidet dies folglich von seiner Umwelt (*unmarked space*). Im Rahmen dieses Schrittes hat der Beobachter die zweite Unterscheidung, nämlich die Bezeichnung (hier: „kindliches Verhalten“), bereits vollzogen. Nun interessiert sich der Unterscheider im Rahmen der Beobachtung einer „ADHS“ aber nicht für jede Erscheinungsform kindlichen Verhaltens. Dementsprechend trifft er eine Anschlussunterscheidung, welche wiederum auf einer I. Unterscheidung (*distinction*) und einer II. Unterscheidung (*indication*) beruht. Zunächst teilt er wiederum ein Innen vom einem Außen. Diese Teilung bezeichnet er einerseits bspw. als „unaufmerksam/unruhig“ und andererseits als „aufmerksam/ruhig“. Dabei verhält sich die II. Unterscheidung zur I. Unterscheidung wie eine Landkarte zur Landschaft. Hieraus kann geschlossen werden, dass die Bezeichnung „unaufmerksam/unruhig“ nur genau das umfassen kann, was der jeweilige Beobachter beobachtet. Ein anderer „Landkartenersteller“ könnte ebenso eine andere Bezeichnung für die gleiche Landschaft vornehmen.

Im letzten Schritt wird eine weitere Anschlussunterscheidung getroffen. Der Beobachter trifft eine Unterscheidung bzw. Bezeichnung von „unnormal aufmerksam/unruhig“ und „normal aufmerksam/unruhig“ (vgl. Abb. 10). All das, was der Beobachter im Rahmen der Beobachtung „unnormal aufmerksam/unruhig“ unterscheidet, wird nun möglicherweise als Symptom des Syndroms, welches unter dem Namen „ADHS“ bekannt ist, beobachtet.<sup>237</sup>

Für die pädagogische Arbeit kann relevant sein, dass es sich bei den Unterscheidungsmöglichkeiten, die der Beobachter im Hinblick auf eine „ADHS“ vornimmt, um *eine* Möglichkeit der Beobachtung handelt. Diese ist - aus systemtheoretischer Sicht - nicht

---

<sup>237</sup> Um die Diagnose einer „ADHS“ stellen zu können, reicht die Beobachtung eines Symptoms nicht aus. Es müssen eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome aus den drei Bereichen „Unaufmerksamkeit“, „Überaktivität“ und „Impulsivität“ (vgl. Abb. 4) beobachtet werden. Der vorgenommene Konstruktionsvorschlag ist daher exemplarisch zu verstehen.

„richtiger“ oder „falscher“ als jede andere denkbare Unterscheidung.

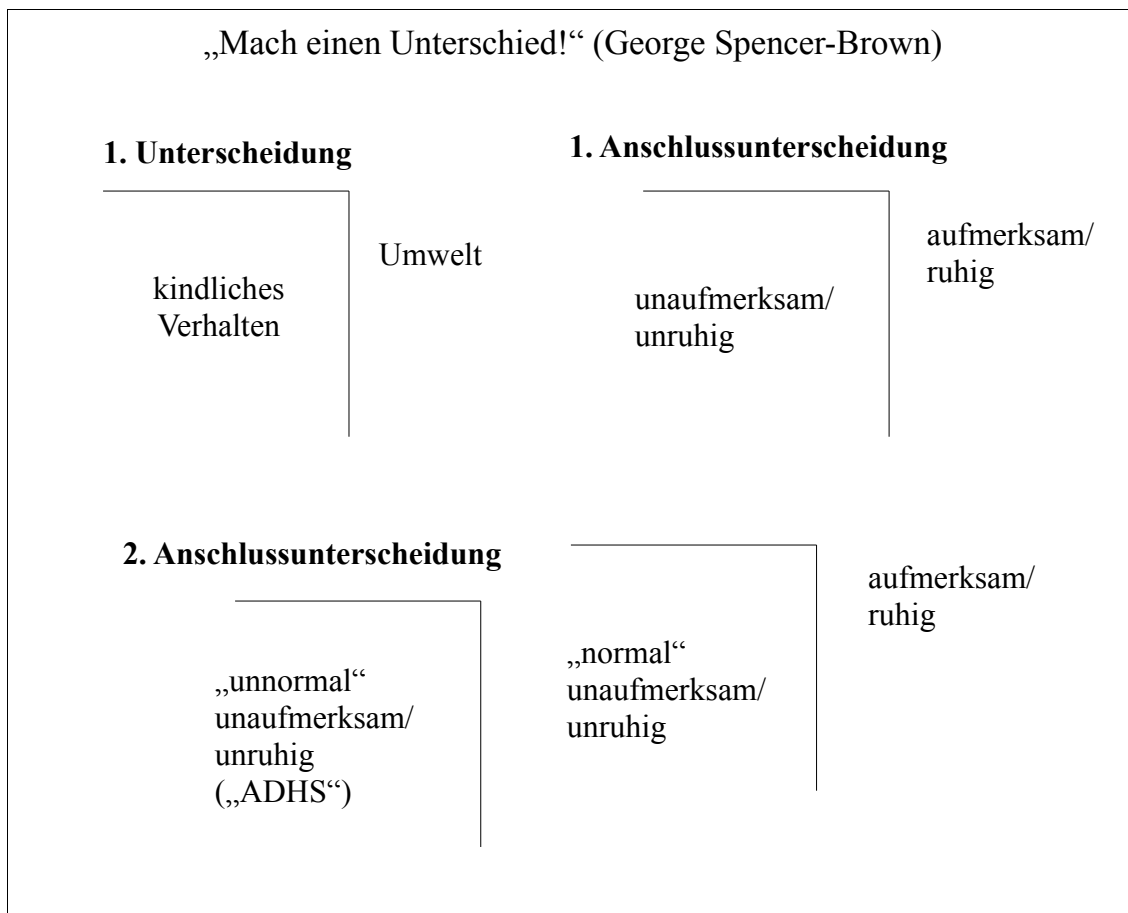


Abbildung 10: Beobachtung einer „ADHS“ (in Anlehnung an: Stephan Baerwolff, *Wie konstruiere ich mir eine ADHS – eine polemische Gebrauchsanweisung*, in: *System Schule. Systemische Pädagogik in der Schulpraxis*, 7 (2003), Heft 4, S. 111-113 (hier: S. 111))

Eine Codierung „kindlichen Verhaltens“ in „krank“ bzw. „unnormal“ und „gesund“ bzw. „normal“ kann vorgenommen werden, muss aber nicht. Es steht dem Pädagogen frei, mit anderen Unterscheidungen zu arbeiten. Wie bereits erläutert, konnte Simon aufzeigen, dass die Zuschreibung einer Krankheit für die Beteiligten (Eltern, Pädagogen, Kinder) entkommunizierenden Charakter haben kann. Da Interaktion und Kommunikation die grundlegenden Aufgaben in pädagogischen Kontexten sind, kann es demnach nutzbringend sein, Unterscheidungen, die nicht auf der Differenz „krank/gesund“ basieren, zu nutzen. Hier kommen grundsätzlich zunächst alle erdenklichen Alternativunterscheidungen in Frage. Eventuell kann es jedoch besonders hilfreich sein, im Rahmen des Reframings<sup>238</sup> ressourcenorientierte Unterscheidungen heranzuziehen. So könnte z.

<sup>238</sup> Das Reframing ist eine systemische Methode, welche einem Geschehen einen anderen Sinn gibt, indem dieses in einen Rahmen (engl. frame) gestellt wird, der die Bedeutung des Geschehens verändert (vgl. hierzu ausführlich: Arist von Schlippe; Jochen Schweitzer, *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I*, 10 Aufl., Göttingen 2007a, S. 177-181).

B. statt der Unterscheidung „krank/gesund“ die Unterscheidung „widerstandsfähig/anpassungsfähig“ herangezogen werden. Ebenfalls ist denkbar, die Unterscheidung „unruhig/ruhig“ mit der Unterscheidung „lebhaft/besonnen“ auszutauschen.<sup>239</sup>

Auf Grundlage solcher Alternativunterscheidungen verstört der Pädagoge das System möglicherweise mit einer ungewohnten Perturbation. Welche Auswirkungen diese auf das Kind haben kann, ist nicht vorhersehbar, aber wenn man der systemtheoretischen Annahme folgt, dass die Aufgabe der Erziehung vornehmlich darin besteht, dem Zu-Erziehenden möglichst viele unterschiedliche Perturbationen anzubieten, dann ist auf diese Weise eine Erweiterung erzieherischer Handlungsoptionen gewonnen. Darüber hinaus ist denkbar, dass sich die Kommunikation mit Eltern offener gestalten kann, wenn nebst ggf. als defizitär wahrgenommener Unterscheidungen wie „krank/gesund“ andere, ressourcenorientierte Unterscheidungen (z. B. „Ihr Kind ist lebhaft und aktiv“, statt „Ihr Kind ist krank“) in Betracht gezogen werden.

Bisher konnte gezeigt werden, dass es sich aus systemtheoretischer Perspektive bei der „ADHS“ um ein beobachterabhängiges, sprachliches Konstrukt handelt. Hierbei ist noch nicht berücksichtigt, dass jeder Beobachter, der eine „ADHS“ beobachtet, in einem sozialen Bezugsrahmen beobachtet. Die drei Beobachtungsdimensionen von Simon können in diesem Zusammenhang aufschlussreich sein.

Paul ist bei alltäglichen Aufgaben oft vergesslich, er ist unnötig laut und unterbricht häufig andere, wenn diese sprechen. Dieses Verhalten wird von Eltern und/oder Lehrern als „verhaltensgestört“ beobachtet. Die Beteiligten einigen sich darauf, dass Paul eine „ADHS“ hat bzw. haben könnte. Simon macht deutlich, dass es sich bei der Beobachtung „Paul hat eine 'ADHS'“ nicht um eine „dünne“ Beschreibung, sondern um eine komplexe „Wirklichkeitskonstruktion“ handelt, welche zugleich eine Erklärung und Bewertung beinhaltet. Erklärungen und Bewertungen sind dabei in gesellschaftliche Normen eingebunden. Um z. B. in „verhaltensgestört/nicht verhaltensgestört“ im Sinne einer „ADHS“ unterscheiden zu können, wird eine gesellschaftliche Norm benötigt, die festlegt, was als „gestört“ (z. B. Paul unterbricht den Lehrer häufig) und was als „normal“ (z. B. Sina spricht nur, wenn der Lehrer sie dazu auffordert) beobachtet wird. Darüber hinaus impliziert die Unterscheidung in „krank“ und „gesund“ bereits, dass Krankheit als Erklärungsmodell in den Beobachtungskategorien des Beobachters vorhanden ist und als solche akzeptiert wird. Diese Erkenntnisse erweitern das Handlungs-

---

<sup>239</sup> Einige Möglichkeiten des ressourcenorientierten Reframings im Hinblick auf eine beobachtete „ADHS“ finden sich bei: Schweitzer, von Schlippe, 2007b, S. 282.

spektrum des Pädagogen nicht unmittelbar. Sie können aber den Blick dafür schärfen, dass eine diagnostizierte „ADHS“ kein Abbild der Realität darstellt, sondern *eine* Möglichkeit der Beobachterkonstruktion, welche in Erklärungen und Bewertungen eines gesellschaftlichen Paradigmas eingebunden ist. Paul *hat* sodann keine Symptome, die auf eine „ADHS“ schließen lassen, sondern Pauls Verhalten wird im Rahmen gesellschaftlicher Bewertungen (Kinder haben Erwachsene, insbesondere Lehrer, nicht zu unterbrechen) und Erklärungen (Paul unterbricht den Lehrer häufig, weil er krank ist) als Symptom *beobachtet*. Die Zuweisung einer „ADHS“ wird somit zu *einer* möglichen Arbeitshypothese und nicht zum unumstößlichen Faktum.

### **8.2.2 Mögliche kontextabhängige Funktionen „hyperaktiven, unaufmerksamen“ Verhaltens**

Bei den bisherigen Betrachtungen stand der Beobachter einer „ADHS“ im Zentrum der Untersuchung. Im Folgenden soll sich dem Beobachtungsgegenstand, dem Kind bzw. seinen „hyperaktiven, unaufmerksamen“ Verhaltensweisen, gewidmet werden.

Übernimmt man die Terminologie von von Foerster, so handelt es sich bei einem Kind um eine lebende, nichttriviale Maschine. Eine solche Maschine zeichnet sich, wie bereits zuvor erläutert, dadurch aus, dass sie autopoietisch organisiert ist. Diese Organisationsform zieht Struktur determiniertheit und operationale Geschlossenheit nach sich. Ein Kind kann demzufolge nur intern auf Basis der eigenen Strukturen auf „Verstörungen“ aus der Umwelt reagieren. Da ein autopoietisches System zum Ziel hat, sich selbst zu erhalten, kann davon ausgegangen werden, dass ein Kind auf „Verstörungen“ aus der Umwelt auf eine Weise reagiert, die es ihm ermöglicht, die eigene Autopoiesis im Gleichgewicht zu halten. „Hyperaktive, unaufmerksame“ Verhaltensweisen, welche aus einer medizinischen Perspektivierung als Symptom einer „ADHS“ beobachtet werden (z. B. fuchtelt mit Händen und Füßen, windet sich am Platz und redet häufig exzessiv), werden sodann aus systemtheoretischer Sicht nicht als „gestörte“ oder „kranke“, sondern als funktionale Reaktion(en) Pauls auf seine Umwelt beobachtet. Als Erklärungsgrundlage für „hyperaktive, unaufmerksame“ Verhaltensweisen dient dann nicht die Krankheit „ADHS“, sondern die Funktionalität eines Verhaltens bzw. eines Verhaltensbündels im spezifischen Kontext.

Die Frage, die sich an eine systemtheoretische Perspektivierung anschließen kann, ist folglich nicht, wie Paul geheilt werden kann, sondern die Frage für welche „Verstörung“ aus der Umwelt das „hyperaktive, unaufmerksame“ Verhalten eine Lösung für Paul sein



könnte und ob es mögliche Funktionsäquivalente geben kann, die für Paul und die beteiligten Erwachsenen weniger „störend“, aber ebenso zielführend sind.

Der Vorteil einer solchen Herangehensweise kann darin liegen, dass der Pädagoge nicht mehr handlungsunfähig ist. Schreibt er dem Kind die Diagnose „ADHS“ zu, dann kann er das erkrankte Kind im Prinzip „nur“ an das Medizinsystem weiterleiten. Zumindest ist er auf das angewiesen, was er von Ärzten als Handlungsmaßgaben erhält. Die systemtheoretische Einordnung von Verhaltensweisen in Kontext und Funktionalität ermöglicht dem Pädagogen hingegen, sich vom Medizinsystem zu emanzipieren. Als Bestandteil des Systems, in dem das Verhalten des Kindes beobachtet wird, ist er - anders als in einer medizinischen Perspektivierung - eine entscheidende Bezugsgröße. Als solche kann er bspw. eine Funktionale Analyse heranziehen, um das System auf Grundlage einer Perturbation zu verstören.

Der Systemtheorie zufolge gibt es so viele unterschiedliche Funktionsmöglichkeiten, wie es Systeme gibt. An dieser Stelle kann nur ein exemplarischer Einblick in denkbare Funktionen erfolgen. Ich werde daher im Folgenden einen Vorschlag von Palmowski, dessen Fokus auf „Hyperaktivität“ liegt, vorstellen.<sup>240</sup>

Palmowski postuliert, dass als hyperaktiv beobachtete Verhaltensweisen (wie bspw. Unterbrechen und Stören des Unterrichts, exzessives Reden oder häufiges Herumlaufen) dem Kind unter bestimmten kontextuellen Bedingungen, wie sie bspw. in der Schule gegeben sind, einen gewissen Grad an Kontrolle in einer ohnmächtigen Situation ermöglichen. Er folgt dabei der anthropologischen Annahme, dass der Mensch grundsätzlich einen erheblichen Aufwand betreibt, um ein hohes Maß an Sicherheit in kontextuellen Begebenheiten zu erlangen. Gelingt ihm dies in einem bestimmten Kontext nicht, dann tendiere er zunächst, so Palmowski, dazu, Flucht- und Vermeidungsverhalten an den Tag zu legen. Wenn man sich bspw. einem Sportverein anschließen will und die Mitglieder dieses Vereins beim ersten Aufeinandertreffen auf unangenehme Art und Weise signalisieren, dass man nicht besonders willkommen ist, so wird man sich als Erwachsener höchstwahrscheinlich einen neuen Sportverein suchen und den anderen zukünftig meiden.

Die Vermeidung der Schule ist einem Kind nicht möglich. Es muss irgendwie mit den dort vorhandenen „Verstörungen“, die auf das eigene System einwirken, zurechtkommen. Wenn das Kind sich im Kontext Schule nicht sicher fühlt, weil es bspw. Misser-

---

240 Weitere „Funktions-Vorschläge“ finden sich z. B. bei Schleiffer 2013, S. 56-79, sowie bei Schweizer; von Schlippe 2007b, S. 280-299.

folg, Sanktionen oder Mobbing erwartet, bleiben ihm aus Palmowskis Sicht zwei Möglichkeiten, sich ein möglichst hohes Maß an Sicherheit zu verschaffen.

Zum einen kann das Kind auf das Prinzip „Ich bin nicht da!“ zurückgreifen. Die Strategie dieses Prinzips besteht darin, möglichst alles (vor allem bedrohliche Reize) zu registrieren und dabei gleichzeitig möglichst wenig Angriffsfläche zu bieten. Um dies zu erreichen, bemüht sich das Kind, nicht oder möglichst wenig wahrgenommen zu werden. Die zweite Strategie, die im Kontext der „ADHS“ zum Tragen kommt, beschreibt Palmowski folgendermaßen:

„Bevor ich abwarte, was die anderen (mit mir) vorhaben, agiere ich lieber selbst, [...], solange ich die Steuerreize setze und agiere, müssen der Lehrer und die anderen Schüler reagieren.“<sup>241</sup>

So wären ein „ständiges Aufstehen vom Platz“ oder „häufig auftretende exzessive Redeflüsse“ möglicherweise eine Form der Strategie, um *planbare* Reaktionen von Lehrern und/oder Klassenkameraden zu erzwingen. Die Funktion, die sich ggf. dahinter verbirgt, könnte darin liegen, eine hohe Frequenz an Provokationen zu nutzen, um die Wahrscheinlichkeit unvorhersehbarer, *nicht zu kontrollierender* Aktionen eines Lehrers und/oder Klassenkameraden möglichst gering zu halten. Das Kind kommt dem Gegenüber sozusagen ununterbrochen zuvor.<sup>242</sup> Unter den Aspekten einer Funktionalen Analyse wären solche Verhaltensweisen dann nicht „krank“ im Sinne einer Symptomatik für eine „ADHS“, sondern vielmehr „gesund“ im Sinne einer Lösung für das Problem des Kontrollverlustes.

Palmowski weist darauf hin, dass diese Form des Lösungsversuchs sowohl für die Kinder als auch für die Lehrer mit einem immensen Kraftaufwand verbunden seien. Dementsprechend könnte die Aufgabe des Lehrers darin bestehen, gemeinsam mit dem Kind nach Funktionsäquivalenten zu suchen. Wie diese konkret aussehen könnten, gestaltet sich je nach Kind und Kontext individuell. Eine Möglichkeit könnte darin bestehen, im Dialog mit dem Kind nach Bedingungen zu suchen, welche ihm ermöglichen, Kontrolle zu erlangen und sich folglich sicher zu fühlen. Entscheidend bei dem Prozess der Lösungsfindung sei, so Palmowski, dem Kind Einfluss und damit das Gefühl der Selbstwirksamkeit zu geben.<sup>243</sup> So wäre ggf. vorstellbar, dass Paul selbst entscheiden kann, wo und wann er im Klassenraum seine Aufgaben erledigt oder wann er eine Pause

---

241 Palmowski 2015, S. 151.

242 Einen ähnlichen Ansatz verfolgt Reinhard (vgl. Mechthild Reinhard, Was ist wirklich richtig und was ist richtig wirklich? Mögliche Provokationen von Legasthenie, Dyskalkulie und ADS, in: *System Schule*, 6 (2002), Heft 2, S. 53-60).

243 Vgl. Palmowski 2015, S. 150-153.

machen möchte.

Zusammenfassen lässt sich sagen, dass es sich sowohl bei einer medizinischen als auch einer systemtheoretischen Sicht auf „hyperaktive, unaufmerksame“ Verhaltensweisen um zwei mögliche Formen der Beobachtung handelt. Keine der beiden ist im Hinblick auf „Wirklichkeitskonstruktionen“ „besser“ oder „schlechter“. Im Hinblick auf die Funktionen von Medizin- und Erziehungssystem gibt es jedoch möglicherweise durchaus nützlichere und weniger nützlichere Perspektivierungen. So kann das medizinische Konzept der „ADHS“ für das Medizinsystem, welches auf die Funktion der Krankenbehandlung ausgerichtet ist, durchaus eine fruchtbare Beobachtungsgrundlage sein. Für das Erziehungssystem, welches die Funktion der Erziehung erfüllt, könnte jedoch möglicherweise eine systemtheoretische Beobachtungsgrundlage fruchtbar sein, da sie Kommunikations- und Handlungsspielräume in den Interaktionen mit dem Kind erweitert.

## 9. Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, inwieweit der medizinische Code „krank/gesund“ für die Beobachtung kindlicher Verhaltensweisen für die Erziehungswissenschaft fruchtbar gemacht werden kann.

Auf Grundlage der Luhmannschen Systemtheorie konnte gezeigt werden, dass die Codierung eines gesellschaftlichen Teilsystems dazu dient, das „Dazugehörige“ (System) vom „Nichtzugehörigen“ (Umwelt) im Hinblick auf seine Funktionen zu unterscheiden. So nutzt das Medizinsystem den Code „krank/gesund“, um seine Operationen in Bezug auf die Krankenbehandlung zu leiten. „Behandlungswürdig“ und damit Bestandteil des Medizinsystems ist all das, was das Medizinsystem als „krank“ beobachtet. „Nichtbehandlungswürdig“ und damit kein Bestandteil des Medizinsystems ist all jenes, was das Medizinsystem als „gesund“ beobachtet.

Auf Basis dieser Erkenntnis scheint es zunächst nicht besonders fruchtbar zu sein, in pädagogischen Kontexten auf die genuin medizinische Codierung „krank/gesund“ zurückzugreifen, ist diese Leitunterscheidung doch an die Funktion der Krankenbehandlung gebunden, wohingegen dem Erziehungssystem die Funktion der Erziehung zukommt. Beide Funktionen haben unterschiedliche Bezugspunkte. So weist Kraft darauf hin, dass die Krankenbehandlung sich auf die Veränderung körperlicher Zustände bezieht. Die Erziehung hat hingegen die Veränderung von Bewusstseinszuständen zum Ziel.

Bei dieser Schlussfolgerung bliebe jedoch unberücksichtigt, dass es sich bei dem Erziehungssystem um ein „sinngelitetes“, autopoietisches System handelt. Systeme, die diese Form der Selbstorganisation aufweisen, zeichnen sich u. a. dadurch aus, dass sie nur all das an ihr System anbinden, was im System pass- bzw. anschlussfähig ist. Diesen Luhmannschen Annahmen zufolge kann davon ausgegangen werden, dass eine „Fremdcodierung“ wie „krank/gesund“ vom Erziehungssystem aufgenommen wird, weil sie dort eine Funktion erfüllt. Diese kann unabhängig von der Funktion sein, die dem Erziehungssystem im Rahmen seiner gesellschaftlichen Aufgabe zukommt. Die Frage, ob die medizinische Codierung „krank/gesund“ für das Erziehungssystem fruchtbar ist, könnte unter diesen Gesichtspunkten bejaht werden.

Am Beispiel des medizinischen „Verhaltensstörungskonzeptes“ konnte aufgezeigt werden, dass die Verwendung der personengebundenen Unterscheidung „krank/gesund“ den Pädagogen zu einem großen Teil aus der Verantwortung nehmen kann. Mögliche „Erziehungsfehler“ existieren in einer medizinischen Perspektivierung auf „abweichen-

de“ kindliche Verhaltensweisen nicht, da diese den Kontext - und damit auch den Pädagogen - als ursächliche Bezugsgröße ausschließt. Des Weiteren hat sich gezeigt, dass medizinische „Verhaltensstörungskonzepte“ insofern funktional sein können, als dass sie Komplexität reduzieren. So grenzen sie bspw. kontingente Beobachtungs- und Kommunikationsmöglichkeiten ein.

Allerdings bringt diese Form der Komplexitätsreduktion möglicherweise Einschränkungen für das pädagogische Arbeiten mit sich. So konnte anhand von Simons Untersuchungen dargelegt werden, dass das medizinische „Verhaltensstörungskonzept“ als Erklärungsmodell für „abweichendes“ Verhalten entkommunizierenden Charakter haben kann. Palmowski macht überdies darauf aufmerksam, dass Verhalten immer in einem spezifischen Kontext auftritt. Dieser bleibt im Rahmen medizinischer „Verhaltensstörungskonzepte“ unberücksichtigt. Ebenso wird die mögliche Funktionalität „abweichender“ Verhaltensweisen nicht einbezogen. Hierauf weisen nebst Palmowski insbesondere Lieb und Schleiffer hin. Da die Funktion der Erziehung im Gegensatz zur Krankenbehandlung durch Kommunikation und Interaktion geprägt ist, ist die Verwendung der Unterscheidung „krank/gesund“ im Rahmen dieser Erkenntnisse nur bedingt für die Erziehungswissenschaft fruchtbar zu machen.

Eine systemtheoretische Perspektivierung auf „abweichende“ Verhaltensweisen konnte zeigen, dass diese möglicherweise ähnliche Funktionen wie eine medizinische Perspektivierung erfüllen kann, dabei aber Komplexität aufrechterhält. So werden bei einer systemtheoretischen Betrachtung der Beobachter, das beobachtete Kind sowie Kontext und Funktionalität mit berücksichtigt. Anhand der systemtheoretischen Ausleuchtung „hyperaktiver, unaufmerksamer“ Verhaltensweisen konnte exemplarisch gezeigt werden, dass systemische Methoden, wie bspw. die Dekonstruktion des Krankheitsbegriffes und die Funktionale Analyse, die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit des Pädagogen erweitern können. Demnach kann es möglicherweise für die pädagogische Theorie und Praxis fruchtbar sein, im Hinblick auf „Verhaltensstörungen“ systemische Perspektiven in Ergänzung zu medizinischen Konzepten heranzuziehen.

In der Psychotherapie existieren bereits Ansätze, die medizinische und systemische Konzepte in Beziehung zueinander setzen. So arbeiten bspw. Lieb, Schweitzer und von Schlippe mit sogenannten störungsspezifischen Ansätzen. Diese Ansätze zeichnen sich u. a. dadurch aus, dass sie medizinische „Störungs-Konzepte“ in Form von Arbeitshypothesen übernehmen, um diese, wenn es dem Klienten hilfreich erscheint, zu dekonstruieren und auf ihre Funktionalität hin zu überprüfen. Ruf stellt im psychiatrischen Diskurs

in seiner Untersuchung *Eine systemische Nutzung psychiatrischer Begriffe* das so genannte *Integrative systemische Modell* vor. Er kombiniert in seiner Ätiologie psychischer Krankheiten das medizinische „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ mit systemischen Ansätzen. Möglicherweise können derartige psychologische bzw. psychiatrische Kombinationsmodelle auch im erziehungswissenschaftlichen Diskurs fruchtbar gemacht werden.

Insbesondere im Hinblick auf die Tatsache, dass Pädagogen z. T. auf Finanzierungen durch andere Teilsysteme, die auf Grundlage der Codierung „krank/gesund“ über die Genehmigung von Geldern entscheiden, angewiesen sind, scheint mir der komplette Verzicht auf die medizinische Codierung innerhalb des Erziehungssystems nicht sinnvoll. Umso wichtiger kann es sein, innerhalb der Erziehungswissenschaft das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass eine medizinische Perspektivierung auf kindliche Verhaltensweisen - aus systemtheoretischer Sicht - nur *eine* Möglichkeit der Beobachtung ist. Medizinische Krankheitskonzepte sind sowohl an den individuellen Beobachter als auch an konsensuale Festlegungen gebunden. „Verhaltensstörungen“ sind somit keine unumstößlichen Entitäten, sondern „Wirklichkeitskonstruktionen“. Alternative Unterscheidungsgrundlagen für andere „Wirklichkeitskonstruktionen“ sind denkbar. Dabei können weder medizinische noch systemtheoretische Perspektivierungen ein „besseres“ oder „schlechteres“ Abbild der „Realität“ zeichnen. Wenn man jedoch Luhmanns Annahme folgt, dass die Aufgabe der Erziehung darin besteht, dem Zu-Erziehenden möglichst viele Perturbationsangebote zu machen, kann die Nutzung unterschiedlicher Perspektivierungen gewinnbringend sein. Dies kann möglicherweise nicht nur für den spezifischen Kontext „verhaltensschwieriger“ Kinder, sondern auch für die pädagogische Arbeit im Allgemeinen gelten.

## 10. Literaturverzeichnis

- Baerwolff, Stephan, Wie konstruiere ich mir eine ADHS – eine polemische Gebrauchsanweisung, in: *System Schule. Systemische Pädagogik in der Schulpraxis*, 7 (2003), Heft 4, S. 111-113.
- Baraldi, Claudio; Corsi, Giancalo; Esposito, Elena, *GLU: Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*, Frankfurt a. M. 1997.
- Benner, Dieter, [Rezension], Niklas Luhmann: *Das Erziehungssystem der Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2002. , in: *Zeitschrift für Pädagogik*, 49 (2003), Heft 1, S. 151-155.
- De Haan, Gerhard; Rülcker Tobias, *Der Konstruktivismus als Grundlage für die Pädagogik*, Frankfurt a. M. 2009.
- Eckart, Wolfgang U., *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, 7. völlig neu bearb. Aufl., Berlin; Heidelberg 2013.
- Fuchs, Peter, Die soziologische Beobachtung des Erziehungssystems, in: Dieter Lenzen (Hg.), *Zwischen Reflexion, Funktion und Leistung: Facetten der Erziehungswissenschaft*, Bad Heilbrunn 2007, S. 69-100.
- Gebhardt, Birte, *Mit ADHS vom Kindergarten in die Schule. Wie Eltern den Übergang erleben*, Wiesbaden 2016.
- Geertz, Clifford, *Dichte Beschreibungen. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*, übers. von Rolf Bindemann und Brigitte Luchesi, Frankfurt a. M. 1983.
- Goetze, Herbert, *Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Teil I: Grundlagen*, Potsdam 1993.
- Göppel, Rolf, *Der Friedrich, der Friedrich... Das Bild des 'schwierigen' Kindes in der Pädagogik des 19. und 20. Jahrhunderts*, Würzburg 1989.
- Göppel, Rolf, Von der 'sittlichen Verwilderung' zu „Verhaltensstörungen“. Zur Begriffs- und Ideengeschichte der pädagogischen Reflexion über 'schwierige Kinder', in: Bernd Ahrbeck; Marc Willmann (Hg.), *Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Ein Handbuch*, Stuttgart 2010, S. 11-20.
- Grmek, Mirko D., *Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter*, München 1996.
- Gross, Rudolf, *Medizinische Diagnostik. Grundlagen und Praxis*, Berlin; Heidelberg 1969.
- Harter-Meyer, Renate; Weidenbach, Monika, *Bildung und Krankheit: Herausforderungen für Lehrkräfte*, Hamburg 2001.
- Heid, Helmut, Erziehung, in: Dieter Lenzen (Hg.), *Erziehungswissenschaft. Ein Grundkurs*, 5. Aufl., Hamburg 2002.

- Heinemann, Evelyn; Hopf, Hans, *AD(H)S: Symptome - Psychodynamik - Fallbeispiele*, Stuttgart 2006.
- Hesslinger, Bernd; Philipsen, Alexandra; Richter, Harald, *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter: Ein Arbeitsbuch*, Göttingen u. a. 2004.
- Hillenbrand, Clemens, *Einführung in die Pädagogik bei Verhaltensstörungen*, 4. überarb. Aufl., München 2008.
- Horster, Detlef, *Niklas Luhmann*, München 1997.
- Hutzelmeyer-Nickels, Anna; Noterdaeme, Michele, Anwendbarkeit der Child Behavior Checklist 1 1/2-5 als orientierendes Untersuchungsinstrument bei Vorschulkindern mit Entwicklungsproblemen, in: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56 (2007), Heft 7, S. 573-588.
- Kade, Jochen, Vermittelbar/nicht-vermittelbar. Vermitteln: Aneignen. Im Prozeß der Systembildung des Pädagogischen, in: Dieter Lenzen; Niklas Luhmann (Hg.), *Bildung und Weiterbildung im Erziehungssystem. Lebenslauf und Humatogenese als Medium und Form*, Frankfurt a. M. 1997, S. 30-70.
- Kahl, Kai G. u. a., *Praxishandbuch der ADHS. Diagnostik und Therapie für alle Altersstufen*, 2. überarb. und erw. Aufl., Stuttgart 2012.
- Kluge, Karl- Josef; Oversberg M., *Soziale Problematik. Leitbegriffe. Verhaltensformen. Pädagogik. Therapie und Prognose*, Rheinstetten 1976.
- Koch, Julius Ludwig August, *Die psychopathischen Minderwertigkeiten. In drei Abteilungen*, Ravensburg 1891.
- Kraft, Volker, Unwissenheit schmerzt nicht oder: Gesundheits- und Erziehungssystem in vergleichender Perspektive, in: Yvonne Ehrenspeck; Dieter Lenzen (Hg.), *Beobachtungen des Erziehungssystems. Systemtheoretische Perspektiven*, Wiesbaden 2006, S. 208-229.
- Kraft, Volker, *Pädagogisches Selbstbewusstsein. Studien zum Konzept des Pädagogischen Selbst*, Paderborn u. a. 2009.
- Krawitz, Rudi, *Pädagogik statt Therapie. Vom Sinn individualpädagogischen Sehens, Denkens und Handelns*, Habilitationsschrift, Universität Mainz 1992.
- Krieger, David J., *Einführung in die allgemeine Systemtheorie*, München 1996.
- Kuhn, Thomas, *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*, Frankfurt a. M. 2009.
- Lenzen, Dieter, *Orientierung Erziehungswissenschaft. Was sie kann, was sie will*, Hamburg 1999.
- Lieb, Hans, *Störungsspezifische Systemtherapie. Konzepte und Behandlungen*, Heidelberg 2014.



- Lischewski, Andreas, *Meilensteine der Pädagogik. Geschichte der Pädagogik nach Personen, Werk und Wirkung*, Stuttgart 2014.
- Ludewig, Kurt, *Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie*, Heidelberg 2005.
- Luhmann, Niklas; Schorr, Karl Eberhard, Das Technologiedefizit der Erziehung und die Pädagogik, in: ders., *Zwischen Technologie und Selbstreferenz. Fragen an die Pädagogik*, Frankfurt a. M. 1982, S. 11-40.
- Luhmann, Niklas, *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*, Frankfurt a. M. 1984.
- Luhmann, Niklas, *Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?*, Opladen 1986.
- Luhmann, Niklas, Systeme verstehen Systeme, in: ders.; Karl Eberhard Schorr, *Zwischen Intransparenz und Verstehen*, Frankfurt a. M. 1986b, S.72-117.
- Luhmann, Niklas; Schorr, Karl Eberhard, *Reflexionsprobleme im Erziehungssystem*, Frankfurt a. M. 1988.
- Luhmann, Niklas, Der medizinische Code, in: ders., *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*, 2. Aufl., Opladen 1990, S. 183-195.
- Luhmann, Niklas, *Das Erziehungssystem der Gesellschaft. Herausgegeben von Dieter Lenzen*, Frankfurt a. M. 2002.
- Luhmann, Niklas, *Schriften zur Pädagogik. Herausgegeben und mit einem Vorwort von Dieter Lenzen*, Frankfurt a. M. 2004.
- Mand, Johannes, Über den Zusammenhang von Lern- und Verhaltensproblemen. Ergebnisse einer Lehrerbefragung in Schulen für Lernbehinderte aus drei Städten, in: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 55 (2004), Heft 7, S. 319-324.
- Maturana, Humberto R., *Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Ausgewählte Arbeiten zur biologischen Epistemologie*, autorisierte deutsche Fassung von Wolfgang K. Köck, Braunschweig; Wiesbaden 1982.
- Maturana, Humberto R.; Varela, Francisco J., *Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennen*, Bern 1987.
- Menzel, Dirk; Wiater, Werner, *Verhaltensauffällige Schüler: Symptome, Ursachen und Handlungsmöglichkeiten*, Bad Heilbronn 2009.
- Merkens, Hans, Erziehungssystem im Wandel. Zu den Problemen der Veränderung seiner Grenzen und des Verhältnisses von Fremd- und Selbstreferenz, in: Yvonne Ehrenspeck; Dieter Lenzen (Hg.), *Beobachtungen des Erziehungssystems. Systemtheoretische Perspektiven*, Wiesbaden 2006, S. 76-94.

- Miller, Tilly, *Systemtheorie und soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch*, Stuttgart 1999.
- Möckel, Andreas, Heilpädagogik, in: Wilhelm Brinkmann (Hg.), *Differentielle Pädagogik. Eine Einführung*, Donauwörth 2001, S. 110-133.
- Müller, Andreas; Candrian, Gian; Kropotov, Juri, *ADHS: Neurodiagnostik in der Praxis*, Berlin; Heidelberg 2011.
- Myschker, Norbert, *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen - Ursachen - Hilfreiche Maßnahmen*, Stuttgart 2005.
- Oelkers, Jürgen, *Einführung in die Theorie der Erziehung*, Weinheim; Basel 2001.
- Palmowski, Winfried, Verhaltensstörung als Konstrukt von Sprache, in: *System Schule*, 8 (1999), Heft 4, S. 108-114.
- Palmowski, Winfried, *Nichts ist ohne Kontext. Systemische Pädagogik bei „Verhaltensauffälligkeiten“*, Dortmund 2015.
- Prange, Klaus, *Die Zeigestruktur der Erziehung. Grundriss der operativen Pädagogik*, 2. Aufl., Paderborn 2005.
- Prechtel, Peter, *Saussure zur Einführung*, Hamburg 1994.
- Pschyrembel, Willibald (Hg.), *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch*, begr. von Otto Dornblüth, 266. aktual. Aufl., Berlin; Boston 2014.
- Reinhard, Mechthild, Was ist wirklich richtig und was ist richtig wirklich? Mögliche Provokationen von Legasthenie, Dyskalkulie und ADS, in: *System Schule*, 6 (2002), Heft 2, S. 53-60.
- Roche Lexikon Medizin*, herausg. von der Hoffmann-La Roche AG und Urban & Schwarzenberg, bearb. von der Lexikon-Redaktion des Verlags Urban & Schwarzenberg, 4. neubearb. und erw. Aufl., München; Wien; Baltimore 1998.
- Ruf, Gerhard Dieter, *Vom Krankheitsmodell zum Lösungsmodell. Eine systemische Nutzung psychiatrischer Begriffe*, Göttingen 2009.
- Schipperges, Heinrich, *Krankheit und Kranksein im Spiegel der Geschichte*, Berlin; Heidelberg 1999.
- Schleiffer, Roland, *Verhaltensstörungen. Sinn und Funktion*, Heidelberg 2012.
- Scholz, O., Symptom, in: Joachim Ritter; Karlfried Gründer; Gottfried Gabriel (Hg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, völlig neubearb. Ausgabe des 'Wörterbuchs der Philosophischen Begriffe' von Rudolf Eisler, Band 10, Basel 1980.
- Schwarz, Elisabeth E., „Paul ist verhaltensauffällig!“ Lehrerbildung, Verhaltensauffälligkeit und Konstruktivismus, in: *System Schule. Systemische Pädagogik in der*

- Schulpraxis*, 8 (2004), Heft 2, S. 36-41.
- Schweitzer, Jochen; von Schlippe, Arist, *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*, 10. Aufl., Göttingen 2007a.
- Schweitzer, Jochen; von Schlippe, Arist, *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen*, Göttingen 2007b.
- Simchen, Helga, *Verunsichert, ängstlich, aggressiv. Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen - Ursachen und ihre Folgen*, Stuttgart 2008.
- Simon, Fritz B., *Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie*, Heidelberg 1995.
- Simon, Fritz B., Krankheit, in: Jan V. Wirth; Heiko Kleve (Hg.), *Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie*, Heidelberg 2012, S. 231-233.
- Simon, Fritz B., *Einführung in die Systemtheorie und Konstruktivismus*, 2. Aufl., Heidelberg 2007.
- Spencer-Brown, George, *Laws of form. Gesetze der Form*, übers. von Thomas Wolf, Lübeck 1997.
- Störmer, Norbert, *Du störst! Herausfordernde Handlungsweisen und ihre Interpretationen als „Verhaltensstörung“*, Berlin 2013.
- Strümpell, Ludwig, *Die pädagogische Pathologie: Oder die Lehre von den Fehlern der Kinder. Versuch einer Grundlegung für gebildete Eltern, Studierende der Pädagogik, Lehrer, sowie für Schulbehörden und Kinderärzte*, 2. bedeut. verm. Aufl., Leipzig 1892.
- Sühlsen, Thorsten, *Forschen als System. Rekursive Reflexion als Methode der Erziehungswissenschaft*, Münster 2017.
- Tomm, Karl, *Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung in der systemischen Therapie*, Heidelberg 2001.
- Unger, Felix, *Paradigma der Medizin im 21. Jahrhundert*, Heidelberg 2007.
- Utz, Klaus, *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern: Symptome, Hinweise, Hilfe*, in: *Kindergarten heute*, 95 (1998), Spezialheft.
- Vogd, Werner, *Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung*, in: *Soziale Systeme*, 11 (2005), Heft 2, S. 236-270.
- Von Ameln, Falco, *Konstruktivismus. Die Grundlagen systemischer Therapie, Beratung und Bildungsarbeit*, Tübingen 2004.
- Von Foerster, Heinz, *Short Cuts*, Frankfurt a. M. 2001.

Von Foerster, Heinz, Entdecken oder Erfinden. Wie lässt sich Verstehen verstehen?, in: Heinz Gumin; Heinrich Meier (Hg.), *Einführung in den Konstruktivismus*, München 2009, S. 41-88.

Von Foerster, Heinz; Pörksen, Bernhard, *Wahrheit ist die Erfindung eines Lügners. Gespräche für Skeptiker*, 11. Aufl., Heidelberg 2016.

Wember, Franz B.; Stein, Roland; Heimlich, Ulrich, *Handlexikon Lernschwierigkeiten und Verhaltensstörungen*, Stuttgart 2014.

Wiesenhütter, Eckart, Erscheinungswesen und Ursachen der Verhaltensstörungen, in: Heinz-Rolf Lückert (Hg.), *Handbuch der Erziehungsberatung*, Band 1, München 1964, S. 138-169.

Wirth, Jan V., Dekonstruktion, in: ders.; Heiko Kleve (Hg.), *Lexikon des systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik und Theorie*, Heidelberg 2012, S. 64-68.

Wittgenstein, Ludwig, *Tractatus logico-philosophicus*, Frankfurt a. M. 1984 (Erstveröffentlichung 1921).

## Internetquellen

*Immer mehr Kinder nicht 'beschulbar'*, veröff. am 09.01.13, online verfügbar unter: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/829420/schleswig-holstein-immer-kinder-nicht-beschulbar.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/829420/schleswig-holstein-immer-kinder-nicht-beschulbar.html), letzter Zugriff am 05.06.2017.

*Schon im Vorschulalter. Immer mehr Kinder verhaltensauffällig*, veröff. am 15.06.15, online verfügbar unter: <http://www.n-tv.de/wissen/Immer-mehr-Kinder-verhaltensauffaellig-article15300921.html>, letzter Zugriff am 05.06.2017.

Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm, 16 Bände, in 32 Teilbänden, Leipzig 1854-1961, Band 20, online verfügbar unter: [http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui\\_py?sigle=DWB&mode=Vernetzung&lemid=GS57606#XGS57606](http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui_py?sigle=DWB&mode=Vernetzung&lemid=GS57606#XGS57606), letzter Zugriff am 13.08.2017.

ICD-10-GM-2017, Kapitel V, F00-F90, online verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html>, letzter Zugriff am 07.06.2017.

ICD-10-GM-2017, Kapitel V, F90.-, online verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F90.-.html>, letzter Zugriff am 28.8.2017.

Just, I., *Elternfragebogen bei Kindern mit Verdacht auf ADHS*, modifiziert und ergänzt von Margarethe Eberhard u. a., online verfügbar unter: [https://www.kinderaerzte-im-netz.de/media/53ec952133af614b73009ce8/source/20070407191435\\_adhs-fragenbogen-nach-i\\_just\\_xls.pdf](https://www.kinderaerzte-im-netz.de/media/53ec952133af614b73009ce8/source/20070407191435_adhs-fragenbogen-nach-i_just_xls.pdf), letzter Zugriff am 04.10.2017.

*KIGGS. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Robert Koch Institut, durchgef. seit 2003, online verfügbar unter: <https://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html>, letzter Zugriff am 05.06.2017.

- Ludewig, Kurt; Maturana, Humberto R., *Gespräche mit Humberto Maturana. Fragen zu Biologie, Psychotherapie und den „Baum der Erkenntnis“ oder: Die Fragen, die ich ihm schon immer stellen wollte*, Santiago 2006, online verfügbar unter: <http://www.systemmagazin.de/bibliothek/texte/ludewig-maturana.pdf>, letzter Zugriff am 07.09.2017.
- Luhmann, Niklas, Erkenntnis als Konstruktion, in: ders., *Aufsätze und Reden*, Stuttgart 2007, online verfügbar unter: <http://www.univie.ac.at/constructivism/archive/full-texts/2729.html>, letzter Zugriff am 02.08.2017.
- Reich, Kersten, *Die Ordnung der Blicke. Perspektiven des interaktionistischen Konstruktivismus. Band I: Beobachtung und die Unschärfen der Erkenntnis*, 2. Aufl., Neuwied u. a. 2009, online verfügbar unter: [http://www.uni-koeln.de/hf/konstrukt/reich\\_works/buecher/ordnung/band1/reich\\_ordnung\\_band\\_1.pdf](http://www.uni-koeln.de/hf/konstrukt/reich_works/buecher/ordnung/band1/reich_ordnung_band_1.pdf), letzter Zugriff am 20.10.2017.
- Voss, Pia, Homosexualität: Diskriminierung gibt es noch immer, in: *Ärzteblatt*, 4 (2005), S. 27f., online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/44972/Homosexualitaet-Diskriminierung-gibt-es-noch-immer>, letzter Zugriff am 07.06.2017.
- Walther, Pierre, Verhaltensauffälligkeiten an Förderschulen für Lernhilfe. Ergebnisse einer Lehrerbefragung, in: *Heilpädagogik Online*, 8 (2009), Ausg.1, S. 50-68, online verfügbar unter: [http://www.sonderpaedagoge.de/hpo/heilpaedagogik\\_online\\_0109.pdf](http://www.sonderpaedagoge.de/hpo/heilpaedagogik_online_0109.pdf), letzter Zugriff am 11.08.2017.

## **Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Die eingereichte schriftliche Fassung der Arbeit entspricht der auf dem elektronischen Speichermedium.

Weiterhin versichere ich, dass diese Arbeit noch nicht als Abschlussarbeit an anderer Stelle vorgelegen hat.

Datum, Unterschrift